# REPORT OF THE THIRD MEETING OF 1999

# RAPPORT DE LA TROISIÈME RÉUNION de1999

## SCIENCE ADVISORY BOARD

## LE CONSEIL CONSULTATIF DES SCIENCES

**May 18-19, 1999**

**les 18 et 19 mai 1999**

**Health Canada**
**Mai 1999**

**Santé Canada**
**mai 1999**

**Note:** Contents of the Meeting Report are a reflection of the discussions of the May 18-19, 1999 Science Advisory Board Meeting. The points contained in this document are those of the Science Advisory Board and do not necessarily reflect the views of Health Canada and its employees./ Le contenu du présent rapport est le reflet des discussions de la réunion du Conseil consultatif des sciences tenue les 18 et 19 mai 1999. Les points de vue qui y sont exprimés sont ceux du Conseil consultatif des sciences et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada et de ses employés.

**Conclusions of the May 18-19, 1999 meeting**

3.1 Members noted that the creation of an Office of Natural Health Products and an Office of Consumer Affairs and Public Involvement reflects the needs and expectations of the Canadian public, supports the attainment of the Branch's mandate and is consistent with their advice to the Minister.

3.2 The Board concluded that the legislative renewal initiative is proceeding in the appropriate direction to ensure that health and safety are the first priority in decision making for the federal government; that public trust in the role of government would be bolstered by increased transparency and public involvement; that accountabilities of the Minister of Health and other contributors should be clearly delineated in support of the health of Canadians; and, that the legislative mandate should be modernized in keeping with these principles.

3.3 Members recommended that the Department monitor developments relating to Bill C-54, proposed legislation concerning the protection of information, in particular with regard to repercussions on the future direction of public health information networks.

3.4 With regards to a Pilot Project on External Peer Review in partnership with the Medical Research Council, the Board generally endorsed the directions proposed and recommended that HPB proceed with development and implementation.

3.5 Members received a draft paper from a Working Group of HPB Scientists on Conflict of Interest and provided several comments for recommended improvement. (Refer to the text of the Report)

3.6 The Board concurred with the advice of its Committee on potential linkages between the HPB and the Canadian Institutes of Health Research, in particular on various forms of linkages between HPB activities and the Institutes. The Board strongly endorses close collaboration between HPB and the Institutes in support of its public health mandate. On behalf of the Board, the Vice-Chair advised Minister Rock that innovative linkages between HPB science and the Institutes should continue to be explored and actively pursued when appropriate. (Refer to the text of the Report)

3.7 In support of a renewed science program, the Board considered and supported the thinking reflected in a model for a Centre of Expertise for Zoonoses/ Food Safety/Enteric Diseases in Health Canada.

3.8 The Board endorsed the Report of the Committee to study the drug review process within the Health Protection Branch, including objectives and deliverables. The Committee proposes to further define the scope of its study, pursue the analysis of the data submitted and table an interim Report at the September 1999 meeting and a final Report at the November 1999 meeting. The Board in its entirety will remain closely involved with the study.

3.9 With regard to advice from HPB scientists, Members commented on the relevance of the submissions and concluded that the Chief Scientist, when appointed, should carefully review this information. In the interim, HPB should address pertinent issues within its programmes' mandate.

3.10 The Board strongly endorsed the directions taken in the national Surveillance initiatives and recommended that the Transition Surveillance team obtain the concurrence of the Federal/Provincial/Territorial Deputy Ministers at their June 1999 meeting. The Board recommended that the Branch establish a permanent management structure to promote stability and continued implementation at the national level.

3.11 Members were supportive of the directions taken in the development of programs for environmental health and for chronic diseases. They noted that a systematic approach, defining the qualitative and the quantitative aspects of management of the programs and clearly outlining the linkages with other contributors (such as, Provincial/municipal agencies, health professional associations) should be developed and presented at subsequent meetings of the Board.

3.12 Members recommended that the Branch proceed with drafting a consultation document on risk decision making.

3.13 Members agreed to advise the Secretariat of their intentions with regards to their membership on the Board.

**Meeting Notes**[1]

3.01 The Chair opened the meeting and invited comments on the **Report of the March 1999 Science Advisory Board meeting**

***3.01.02 Conclusion:***

***Members agreed with the draft Report, with minor revisions.***

3.02 Current activities in the federal government which impact on the Health Protection Programme were discussed, including the activities and reports of the Office of the Auditor General, House and Parliamentary Committee activities, the proposed new Food bill, Minister Rock's decision to establish an Office of Natural Health Products, the progress of the Council of Science and Technology Advisors, the status of the proposed Office of Consumer Affairs and Public Involvement in HPB.

3.02.02 Members comments centered on related concepts:

- The primary authority and responsibilities of the Minister of Health with regards to safe and nutritious food for Canadians.

- The strong support for on-going information exchange and wider involvement expressed during consultation sessions with consumer advocacy groups on the establishment of an Office for Consumer Affairs and Public Involvement.

- The activities of Health Canada and the Department of National Defence with regards to the use of therapeutic products by National Defence staff and the extent of current Health Canada interventions in clinical trials as a whole.

***3.02.03 Conclusion:***

***Members noted that the creation of an Office of Natural Health Products and an Office of Consumer Affairs and Public Involvement reflects the needs and expectations of the Canadian public, supports the attainment of the Branch's mandate and is consistent with their advice to the Minister.***

3.03 **Legislative Renewal** Mario Simard discussed a general overview of the legislative framework, specifically the guiding principles. The objective of the discussion was to familiarize the Board with the overall policy direction of the future legislation and to initiate a dialogue on the proposed policy statements.

3.03.02 Members comments centered on related concepts:

- The relevance of ethics and prevailing societal values in decision making on health issues and the need for public policy development in this regard.

---

[1]Text shown in bold italic represents recommendations, conclusions, follow-up activities and decisions of the Board.

- The leadership role of Health Canada legislation in relation to other federal statutes and the need to ensure that accountability is clearly delineated. (In this regard, the current project incorporates several improvements).

- The need for public engagement and transparency in introducing new legislation which will ultimately consolidate and strengthen the health protection mandate of Health Canada.

- The inherent dependency and inter-connectivity between risk assessment and risk management in decision making to protect public health, the primary objective of the renewed legislation.

- The need for readily accessible information for "informed" choices by individuals.

***3.03.03 Conclusions:***

***The Board concluded that the legislative renewal initiative is proceeding in the appropriate direction to ensure that health and safety are the first priority in decision making for the federal government; that public trust in the role of government is bolstered by increased transparency and public involvement; that accountabilities of the Minister of Health and other contributors are clearly delineated in support of the health of Canadians; and, that the legislative mandate is modernized in keeping with these premises.***

**3.03.04 Recommendation:**

***Members recommended that the Department monitor developments relating to Bill C-54, proposed legislation concerning the protection of information, in particular with regard to repercussions on the future direction of public health information networks.***

3.04 Ian Shugart provided background information about a **Peer Review Paper**. Members had received a discussion document on proposals for a Pilot Project to undertake External Peer Review in partnership with the Medical Research Council (MRC). The purpose of the discussion was to obtain the views of the Board on the directions proposed.

3.04.02 Members discussion centered on related concepts:

- The benefits inherent in pilot projects to test venues and protocols of peer review.
- Participation by scientists not involved in the federal government, for example, industry scientists, should not be excluded even though there may be challenges with regard to conflict of interest.

***3.04.03 Conclusion:***

***With regards to a Pilot Project on External Peer Review in partnership with the Medical Research Council, the Board generally endorsed the directions proposed and recommended that HPB proceed with development and implementation.***

3.05 **Policy discussions on Partnerships and Alliances, Conflict of Interest and Priority Setting and Resource Allocations**. The purpose of the discussion was to advise Members of progress to date and to seek guidance or endorsement in principle on directions taken.

3.05.02 With regard to the paper on **Conflict of Interest**, Members considered that a clearer enunciation of the guiding principles and responsibilities/ accountabilities of all levels of decision makers is a requisite. Issues such as how to deal with external advisors when they represent the sole source of reliable and current expertise must be clearly defined. They also provided comments to enhance the clarity and cohesiveness of the proposed policy.

***3.05.03 Recommendation:***

***The Board recommended that the Branch pursue some important issues in the development of these policies, such as:***

- ***clarify the unique imperative of the Health Protection Branch in conducting research solely for the public good (that is without the influence of economic gain);***
- ***enunciate the ethical principles which should guide the conduct of science within this environment, in particular, the delineation of relationships with external advisors; and,***
- ***establish institutional processes to address and resolve contentious situations.***

3.06.01 **Canadian Institutes of Health Research (CIHR)** Yves Morin, chair of the Science Advisory Board committee on HPB-CIHR collaboration, provided Members with an update of actions to date and next steps (refer to Appendix C). The purpose of the discussion was to provide information on progress to date and to reach consensus on advice to the Minister.

3.06.02 Members comments centered on related concepts, such as:

- The unique opportunity for transformative approaches to health research afforded by the creation of institutes must be captured and fully developed. HPB, given its unique and broad public health mandate, could have a catalyst role for integrating health sciences as institute models evolve.
- Policies on issues such as conflict of interest and intellectual property and their relevance within HPB need to be addressed prior to partnerships and

collaborative mechanisms being implemented.

**3.06.03 Conclusion:**

***The Board concurred with the advice of its Committee on potential linkages between the HPB and the Canadian Institutes of Health Research, in particular on various forms of linkages between HPB activities and the Institutes. The Board strongly endorsed close collaboration between HPB and the Institutes in support of its public health mandate.***

**3.06.04 Recommendations:**

***On behalf of the Board, the following advice was forwarded to the Minister of Health by the Vice-Chair, Dr. Yves Morin:***

***"At its March 1999 meeting, the Science Advisory Board expressed its recognition for the enhancements to the Health Protection Branch's (HPB) programs through the 1999 federal budget and was unanimously of the view that the establishment of the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) constitutes an opportunity for collaboration between HPB and the new Institutes. Consequently, a Committee was established to explore and support collaborative research opportunities. I chair this Committee and members include Dr. Gabriel Plaa and Dr. John Millar.***

***One of the Committee's objectives was to explore how the CIHR opportunity could be seized and built into HPB's development of a renewed science platform. HPB Transition has, from the beginning, been promoting and developing the concept that formal linkages should be established between HPB science and outside (especially academic) agencies.***

***At the May 1999 Science Advisory Board meeting, the Committee tabled its conclusion that there should be close association between HPB and the new Institutes. The Board supported this conclusion and endorsed the premise that HPB association with CIHR could work at four levels:***

1. ***Participation in the governance of certain Institutes where HPB's functional role in a particular field is of substantial significance, where HPB has something unique to offer or where key public health needs can be met through net working;***

2. ***Research proposals development and funding within an individual Institute to provide HPB with specific scientific knowledge to fulfill its mandate;***

3. ***Expansion of the access to Canadian health researchers to government infrastructure, such as the LCDC Winnipeg Lab; and,***

4. ***Participation of HPB scientists as Institutes members to be encouraged, by meeting the same standards of peer review through application of regular investigator-driven research proposals.***

***The Board recognized that HPB's membership in Institutes will necessarily have to be in keeping with decisions made about CIHR governance overall and in regard to individual institutes. Further, it recognized that mechanisms for collaboration must consider that, as a public authority, HPB has particular accountabilities and specific mandates. Policies for conflict of interest and intellectual property must be in place prior to HPB-CIHR collaboration and be compatible to both partners.***"

3.07.01 **Zoonotics and Enterics Network** : The Board heard a presentation by Dr. Mohamed Karmali on this science pilot project, on its objectives, progress to date and future directions. Members had received the Final Report of the Science Platform Pilot Project group held in Toronto, March 10-11, 1999 and a report on the directions being taken in this endeavour were tabled at the meeting (refer to Appendix D). The purpose of the discussion was to review directions taken and provide advice or endorsement, as appropriate.

3.07.02 Members commented on the potential for transformative science provided by this network:

- Its influence could be widened to affect broad directions taken in many health research fields. For example, in the area of research on aging, the network could provide the incentive for innovative linkages between research on specific diseases, pathways of diseases and models of aging.

- A strong scientific base, management infrastructure, linkages between several science units (Health Canada, Universities and external health research) are key elements for energizing the integration of health research.

**3.07.02 <u>Recommendation</u>**:

***In support of a renewed science program, the Board considered and supported the thinking reflected in a model for a Centre of Expertise for Zoonoses/ Food Safety/Enteric Diseases in Health Canada.***

3.08 **The Drug Review Process** : Douglas Elliott, Chair of the SAB Committee reported to the Board on the Committee's progress to date, including the process which might be applied for the study of stakeholder submissions. For example, whether representatives from the respondents should be invited to make personal representations to the Board or Committee and the types of recommendations/conclusions which might be reached from the study, in general(refer to Appendix E).

3.08.02 Members comments centered on work to date:

- The Therapeutic Products Programme (TPP) has embarked on a comprehensive assessment of its drug review processes. The Committee should recognize this process, be informed in-depth about its progress and outcomes and consider this initiative in its reports. Ongoing communications with the TPP would be appropriate.

- Given the parameters which guide the work of the Board (mandate, work load, etc), Members should ensure that they focus on issues within the purview of the Board and delineate those areas on which it can reasonably provide constructive commentary.

- Committee Members should ensure that their discussions are informed with regards to the recommendations and implementation from previous DRP studies.

- The Board in its entirety is interested in hearing the views of any party. Any communications initiative should be defined prior to the September meeting to allow for the participation of Board members who wish to attend.

- As cost recovery is federal government policy, the Committee should determine what, if any, recommendations can be developed on the basis of their work. For example, it may wish to consider recommendations which address the handling of funds from the cost recovery process.

- From the information submitted by respondents, issues of public confidence in the drug review process and of generic versus innovative drug costs are the two major of importance to many Canadians. While the Committee may reach conclusions which address the first issue, the latter is not within its purview.

3.08.03 **Conclusions:**

***The Board endorsed the Report of the Committee to study the drug review process within the Health Protection Branch, including objectives and deliverables. The Committee proposes to further define the scope of its study, pursue the analysis of the data submitted and table an interim Report at the September 1999 meeting and a final Report at the November 1999 meeting. The Board in its entirety will remain closely involved with the study.***

3.09 **Accommodations and its relevance to good science and strong morale :**
Dr. Losos briefed on current issues/options and thoughts on future directions for accommodations of HPB researchers and staff, and the implications of each.

3.10 **Response to the HPB scientists opinions** :The purpose of this discussion was to provide an opportunity to identify issues related to the information provided and to reach consensus on follow-up strategies. Members had received a copy of responses, as well as a commentary by Board Members on the responses.

**3.10.02 Conclusion:**

***Members commented on the relevance of the submissions and concluded that the Chief Scientist, when appointed, should carefully review this information. In the interim, HPB should address pertinent issues within its programme's mandate.***

3.11 David Mowat, Director of the Transition Surveillance team, presented on the progress of **national Surveillance initiatives**. Material had been provided previously. The purpose of the discussion was to provide an overview of key initiatives within this project, including an overview of interested parties feed-back to date and proposed steps (refer to Appendix F).

**3.11.02 Recommendation:**

***The Board strongly endorsed the directions taken in the national Surveillance initiatives and recommended that the Transition Surveillance team obtain the concurrence of the Federal/Provincial/Territorial Deputy Ministers at their June 1999 meeting. The Board recommended that the Branch establish a permanent management structure to promote stability and continued implementation at the national level.***

3.12 **Program Development** Ron de Burger, Director of Program Development, Transition presented a model representing the overall direction for program development in the Branch. Elizabeth Neilsen provided an overview of the Environmental Health Program Development Strategy and Michael Shannon a presentation of Chronic Diseases Program Development Strategy, in the context of the business development within the Laboratory Centre for Disease Control (refer to Appendices G, H and I).

3.12.02 Members comments centered on related concepts:

- The relevance of new legislative initiatives, such as the new Canadian Environmental Protection Act under consideration in the House, the new Safe Products Act under development in the Branch and other statutes at the Federal/ Provincial and Territorial levels.

- Strategies to strengthen existing scientific capacity within the program areas while developing/expanding new fields of expertise and to create linkages with other levels of expertise. (for example, Provincial/Territorial/Municipal)

- The need to foster extensive collaboration and integration of health research with health effects research. This will be particularly relevant in future years, as recent scanning exercises indicate a clear shift in the overall health burden from acute to chronic diseases, and in the broad focus of initiatives from acute treatment to preventative, patient-focussed therapies.

**3.12.03 Conclusions:**

***Members were supportive of the directions taken in the development of programs for environmental health and for chronic diseases. They noted that a systematic approach, defining the qualitative and the quantitative aspects of management of the programs and clearly outlining the linkages with other contributors (such as, Provincial/municipal agencies, health professional associations) should be developed and presented at subsequent meetings of the Board.***

3.13 Ian Shugart presented on a **Decision-Making framework.** The purpose of the discussion was to obtain Members advice on the directions expressed (refer to Appendix J).

3.13.02 Members comments centered on related concepts:

- Delineation of a clear process of public health risk management and decision-making is needed across government, at the Federal, Provincial and Territorial levels.

- A mechanism to re-consider current policy decisions in light of the evolution of health sciences must be integrated.

**3.13.03 Conclusion**:

***Members recommended that the Branch proceed with drafting a consultation document on risk management and decision making.***

3.14 Members discussed the rotation of Membership on the Science Advisory Board. The purpose of the discussion was to share with Members some of the Minister's office views on this subject and to invite some commentary.

**3.14.02 Follow-up:**

***Members agreed to advise the Secretariat of their intentions with regards to***

***their participation.***

**APPENDICES TO MEETING REPORT OF May 18-19, 1999**

Appendix A - Agenda for **May 18-19, 1999**
Appendix B - Participants at the May 18-19, 1999 Meeting
Appendix C - HPB-CIHR Collaboration Report presented to SAB, by Dr. Yves Morin, Chair of the SAB on HPB-CIHR collaboration.
Appendix D - Zoonotics and Enterics presentation by Dr. Mohamed Karmali
Appendix E - First Report of the Drug Review Process (DRP) Committee - May 12,1999, presented by Doug Elliott.
Appendix F - The Progress of National Surveillance Initiatives, presented by David Mowat, Director of the Transition Surveillance Team.
Appendix G - Program Model, presented by Ron de Burger.
Appendix H - Overview of the Environmental Health Program Development Strategy, presentation by Dr. Elizabeth Neilsen, EHP.
Appendix I - Chronic Diseases Program Development Strategy, presentation by Dr. Michael Shannon, LCDC
Appendix J - Decision-Making Framework, presentation by Ian Shugart.

**AGENDA** **Appendix A**
**SCIENCE ADVISORY BOARD**
**May 18-19, 1999**
Brooke Claxton Main Boardroom, Lower Level
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture, Ottawa

---

**Day 1 : Tuesday, May 18, 1999**

8:30 Coffee/Tea/Juice in Anteroom of Meeting room.

9:15 **Welcome** and remarks by the vice-Chair **Y. Morin**

9:20 **Discussion of the Report of the March 1999 SAB meeting** **All**
- this discussion is intended to lead to a final version of the Report, for subsequent release.
(Refer to Tab 12)

9:40 **Standing Item:** Current activities in Government which impact on the Health Protection Programme, including the Food Act and current Office of the Auditor General activities (*update on Chief scientist, OCAPI, NHP office development)* **I. Shugart/H. Quesnel**
(Refer to Tab 13 for an Overview)

10:15 **Legislative Renewal** **I. Shugart/Mario Simard**
A presentation on the general overview of the legislative framework, specifically the guiding principles (Documentation will be provided to Members at the meeting). The objective of the presentation is to familiarize the Board with the overall policy direction of the future legislation and to initiate a discussion on the proposed policy statements for commentary. (Refer to Tab 14)

12:00 Lunch

1:00 **Science update**

**- Transition- Science Platform -** **I. Shugart**
Peer Review Paper - Members will have received a discussion document on proposals for a Pilot Project to undertake External Peer Review in partnership with the Medical Research Council (MRC). The purpose of the discussion is to obtain the views of the Board on the directions proposed. (Refer to Tab 15)

**Policy discussions on Partnerships and Alliances, Conflict of Interest and Priority Setting and Resource Allocations**. Discussion documents will be made available prior to the meeting. The purpose of this item is to advise Members of progress to date and to seek guidance or endorsement in principle, as appropriate. (Refer to Tab 16 and 17)

**- Canadian Institutes of Health Research (CIHR)** **Y. Morin**
The Board committee which has been active on this file will have the opportunity to provide Members with an update of actions to date and next steps. The purpose of the discussion is to advise Members of progress to date and next steps. (Refer to Tab 18)

**- Zoonotics and Enterics Network**
The Board will hear a presentation on this science pilot project, on its objectives, progress to date and future directions. Members will have received the Final Report of the Science Platform Pilot Project group held in Toronto, March 10-11, 1999. A report on the directions being taken in this endeavour will be tabled at the meeting. The purpose of the discussion is to review directions taken and provide advice or endorsement, as appropriate. (Refer to Tabs 19 and 20)

**Accommodations and its relevance to good science and strong morale** - Problems, issues/implications and thoughts on directions to take. A short presentation on the options currently available for accommodations of HPB researchers and staff, and the implications of each.

4:30 **Business arising**:

**The Drug Review Process** **D. Elliott**
The SAB Committee will have had an opportunity to review the submissions received to date and to report to the Board on their progress to date, including the process which might be applied for the study of these submissions. For example, whether representatives from the respondents should be invited to make personal representations to the Board or Committee and the types of recommendations/conclusions which might be reached from the study, in general. (Refer to Tab 21)

**Response to the HPB scientists opinions** **Y. Morin**
The purpose of this discussion is to provide an opportunity to identify issues related to this information and its follow-up, and to reach consensus on next steps and follow-up strategies. Members have received a copy of responses, as well as a commentary by a Board Member on the responses.

6:00 Adjournment

NB: An opportunity for an informal dinner gathering will be made available-- arrangements will be based on Members preferences.

---

**Day 2 : Wednesday, May 19, 1999**

8:00 Coffee/Tea/Juice in Anteroom of Meeting room.

| | | |
|---|---|---|
| 8:30 | **Risk - Decision Making**<br>A presentation providing an outline of the overall policy directions being addressed and the mechanisms in place for public involvement. Material will be distributed as available. The purpose of the discussion is to advise the Board of the Department's proposed directions and to obtain advice on the comprehensiveness of the directions being addressed and the public involvement approach. | **I. Shugart/W. Ross** |
| 9:30 | **Program Development** - update of current activity and planning.<br><br>Environmental Health Program Development Strategy<br><br>Chronic Diseases Program Development Strategy | **I. Shugart** |
| 11:00 | **Surveillance** - the National Integration Framework<br>An update on this initiative, including an overview of interested parties feed-back to date and next steps. (Refer to Tab 22) | **I. Shugart/D. Mowat** |
| 12:00 | **Other business:**<br><br>Rotation of membership- A discussion document will be provided at the meeting. The purpose of the discussion is to share with Members some of the Minister's office views on this subject and to invite some commentary.<br><br>Board profile -- Communications options - an opportunity for Members to propose mechanisms to create visibility for the Board. | |
| 1:00 | **Closing remarks and Adjournment** | **Y. Morin** |
| nb | Lunch will be served after the adjournment. The Board room will be available for Committee discussions, if appropriate. | |

**Appendix B**

**Participants at the Science Advisory Board meeting of May 18-19, 1999**

**Dr. Yves Morin, Vice-Chair**

**Members Present**

**Mr. Doug Elliott**
**Mr. Russ A. Graham**
**Mrs. Jean M. Jones**
**Dr. Mohamed Karmali**
**Dr. Lynn McIntyre**
**Dr. John S. Millar**
**Mr. Leslie Millin**
**Dr. Gabriel Plaa**
**Mr. Ellis Rubinstein**
**Dr. Bernard Schwetz**
**Dr. Karen Semchuk**
**Mr. David Dodge**
**Dr. Joseph Z. Losos**

**Health Canada**
**Mr. Alan Nymark**
**Mr. Ian Shugart**

**Executive Secretariat to the Board**
**Hélène Quesnel**
**Support to the Chair**
**Helen Murphy**

Appendix C

# REPORT TO THE SCIENCE ADVISORY BOARD

# FROM THE SUB-COMMITTEE ON HPB - CIHR OPPORTUNITIES

Yves Morin, Chair
Gabriel Plaa
John Millar

May 11, 1999

## CONTENTS

1. Background

2. Principles for Collaboration

3. Excerpts from Draft Canadian Institute for Microbiology and Infectious Diseases Business Plan

   - relationships
   - organizational structure

4. Other fields of HPB - Institutes collaboration

## BACKGROUND

1. At its March 1999 meeting, the Science Advisory Board had extensively discussed the 1999 Budget announcement of the establishment of the Canadian Institutes of Health Research. The Board was unanimously of the view that this development constitutes an opportunity for collaboration between HPB science and new Institutes.

2. HPB Transition has, from the beginning, been promoting and developing the concept that formal linkages should be established between HPB science and outside (especially academic) research agencies. While there is a history of such collaboration, developments in science argue for more extensive linkages, whereas concerns about conflict of interest argue for transparent, and in some cases formal, arrangements.

3. In earlier meetings, the Board had focused on the LCDC Winnipeg laboratory as a flagship of HPB science, which required intensive effort in developing a plan for maximum utilization. Cooperation between the lab and the academic community in Canada and internationally was seen as a sine qua non for full realization of the lab's potential, and as a test of the Branch's commitment to pursuing science in new and creative ways. The CIHR development offered clear opportunity to achieve such cooperation.

4. The Board established a sub-committee to explore, in a timely way, how the CIHR opportunity could be seized and built into HPB's development of a renewed science platform. The sub-committee has met twice.

5. LCDC was approached by academic leaders of a proposed Canadian Institute of Microbiology and Infectious Diseases to consider "membership" in the Institute. Recognizing the potential for achievement of the goals outlined above, HPB/LCDC responded positively and has been encouraging the development of such an Institute through support of a draft business plan.

6. The sub-committee has focused on the development of this dialogue and business plan as a possible template for other HPB - CIHR cooperation, as well as having obvious merits in its own right.

## PRINCIPLES

1. The prime purpose of collaboration between HPB scientists and external science organizations is to provide HPB with access to scientific knowledge required for the performance of its public health mandate. An equally valid, but secondary, purpose is for HPB scientists to contribute to the stock of scientific knowledge, bringing to bear their unique perspective.

2. The objectives for establishing the Canadian Institutes of Health Research include:

   - closing the "competitive gap" in funding for health research;
   - fostering collaboration among researchers of different disciplines, regions and perspectives;
   - transforming the way research is done in Canada, resulting in more multidisciplinary approaches, while integrating research with clinical and population applications.

3. HPB covers a wide spectrum of research disciplines and fields of human health and environment, in support of regulatory and other interventions. Therefore, the potential for HPB - CIHR collaboration is large.

4. HPB "membership" in CIHR should take three forms, or work at three levels:

   - in the governance of certain Institutes – where HPB's functional role in a particular field is of particular and substantial significance (eg. as the public health authority in infectious disease) HPB should be part of the governance mechanism for an Institute;

   - as an institutional member – where HPB has something unique to offer partners in an Institute, or where key public health needs can be met through the networking provided by Institutes, (eg. the LCDC Winnipeg lab) HPB or parts thereof should be institutional members;

   - as individual members – HPB scientists should be eligible for membership in an Institute, providing they meet the same peer review standards as other members.

5. HPB's membership in Institutes will necessarily have to be in keeping with decisions ultimately made about CIHR governance overall, and in regard to individual Institutes. In general, proposals for membership should be supported by a formal scientific plan, subject to scrutiny by the appropriate peer review, that fits with the scope and mandate of an Institute.

6. Mechanisms for collaboration with HPB must recognize that as a public

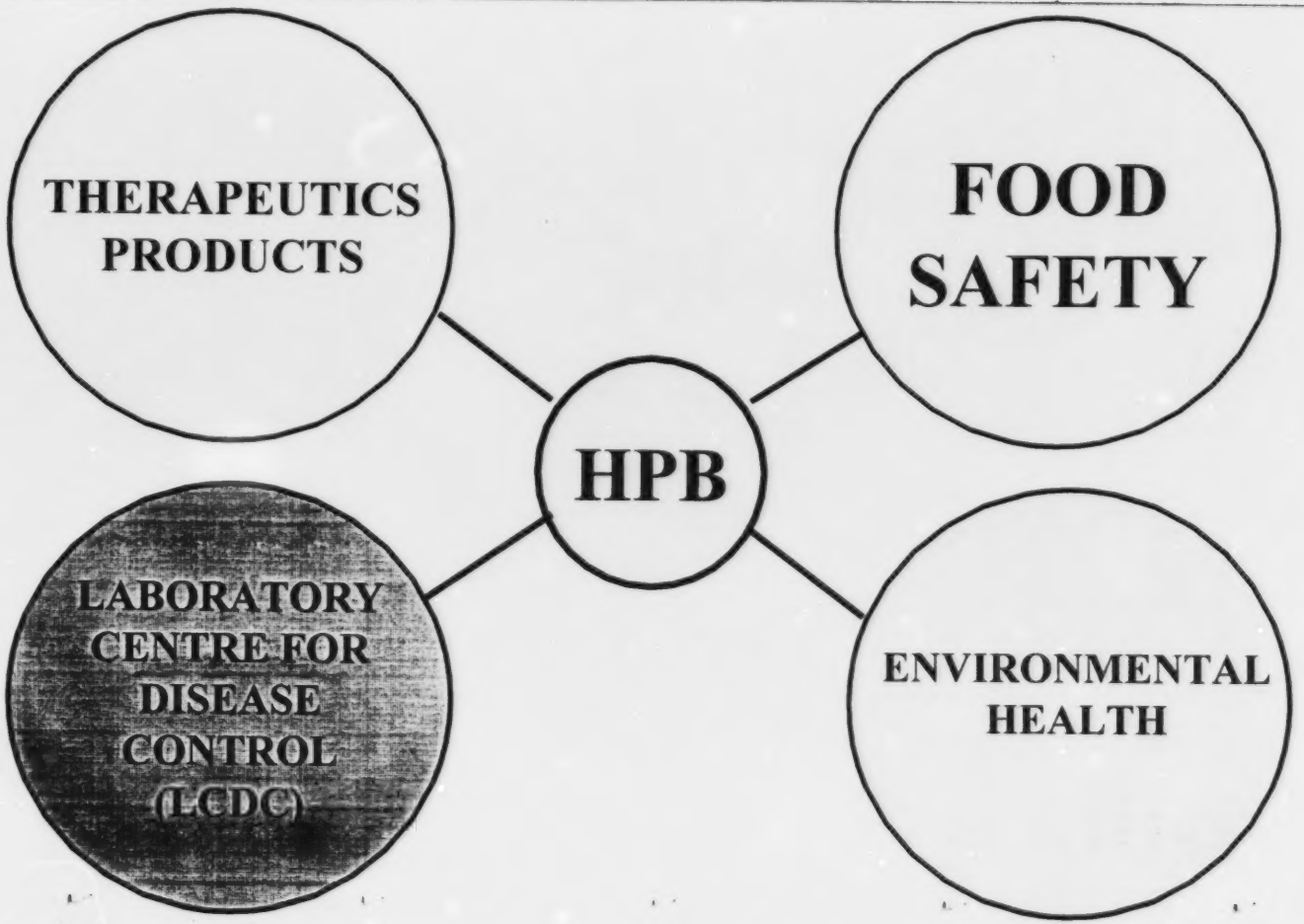
authority, HPB has particular accountabilities and specific mandates. Within this context, however, HPB can serve as a science organization that provides opportunity for the training of graduate students and post-doctoral fellows, as well as offering Scholarships, sabbaticals and exchanges. HPB scientists who are members of an Institute will normally have an academic cross-appointment.

7. Policies for conflict of interest and intellectual property must be in place prior to HPB - CIHR collaboration, and must be compatible to both partners.

# OBJECTIVE

## DEVELOPMENT OF A CENTRE OF EXPERTISE FOR ZOONOSES/FOOD SAFETY/ ENTERIC DISEASES IN HEALTH CANADA

# HEALTH PROTECTION BRANCH



# CURRENT LOCATIONS OF SCIENCE ACTIVITIES IN ZOONOSES/FOOD SAFETY/ ENTERIC DISEASES IN HEALTH CANADA

- LCDC (Winnipeg)
- BUREAU OF MICROBIAL HAZARDS (Ottawa)
- HEALTH OF ANIMALS LABORATORY (Guelph)

# SCOPE AND TERMS OF REFERENCE

- Review synergies that could result from the integrated management of the 3 labs
- Explore partnerships with universities and provincial health agencies
- Consider future needs of Canadians, emerging issues, advances in science and technology, and evolving govt. science policy (e.g., CIHR)

# ISSUES PERTINENT TO FOODBORNE ZOONOSES AND ENTERIC DISEASE

- Health and Economic impact: $1.3 billion annually in Canada
- Great diversity of microbes cause foodborne and enteric disease
- Impact of globalization, global trade, and population movements
- Changes in the environment, cultural and behavioral patterns
- Emergence of new pathogens
- Changes in food production methods
- Impact on industry
- Risk of bioterrorism

# SCOPE OF SCIENCE IN FOODBORNE ZOONOSES AND ENTERIC DISEASE

- Knowledge about the nature and magnitude of the problem (surveillance)
- Knowledge about the microbial causes of foodborne disease, including their reservoirs, sources, and modes and vehicles of transmission (microbial detection, identification, typing, and epidemiology)
- Risk factor analysis and risk assessment
- Knowledge about how microbes are maintained in the food chain and how they cause disease
- Emergence of new pathogens and antimicrobial resistance
- Evaluative sciences

# BASIC SCIENTIFIC ENDEAVOURS EVOLVING INTO PUBLIC HEALTH APPLICATIONS

- Increased rapidity of DNA-based analytical methods to characterize the virulence potential and genetic polymorphism of pathogens
- Evolutionary biology including advances in knowledge about the nature and mechanisms of horizontal gene transfer
- Gene regulation and adaptive mechanisms
- Genomics
- Bioinformatics

# POPULATION AND INDIVIDUAL HEALTH DETERMINANTS

- Economic status
- Lifestyle
- Stress and mental health
- Diet and Nutrition
- Genotype
- Immunity

# EVALUATIVE SCIENCES

- EVIDENCE-BASED INTERVENTIONS
- OUTCOME MEASURES
- QUANTITATIVE RISK ASSESSMENT
- HEALTH ECONOMICS

# FOOD SAFETY - AREAS OF RESEARCH

Evolutionary Biology

Emergence of New Pathogens

Ecological Niches and Adaptive Mechanisms

Microbial Virulence Strategies

Mechanisms of Host-Parasite Interaction

Sources and Reservoirs

Modes and Mechanisms of Transmission

Environmental and Dietary Influences

Evaluative Sciences

Antimicrobial Resistance

Bioterrorism

Farm

Abattoir

Processing Plants

Distributors

Wholesalers

Retailers

Consumers

# RATIONALE FOR INTEGRATING THE THREE LABORATORIES (LCDC, BOM, HAL)

- Similar objectives
- Competing visions
- Identical needs for surveillance data
- Overlap in skills and methodologies for microbial detection
- Overlap in bacterial typing methodologies
- Overlap in the investigation of human disease, foods, and the environment
- Identical needs for biotechnology and research infrastructure

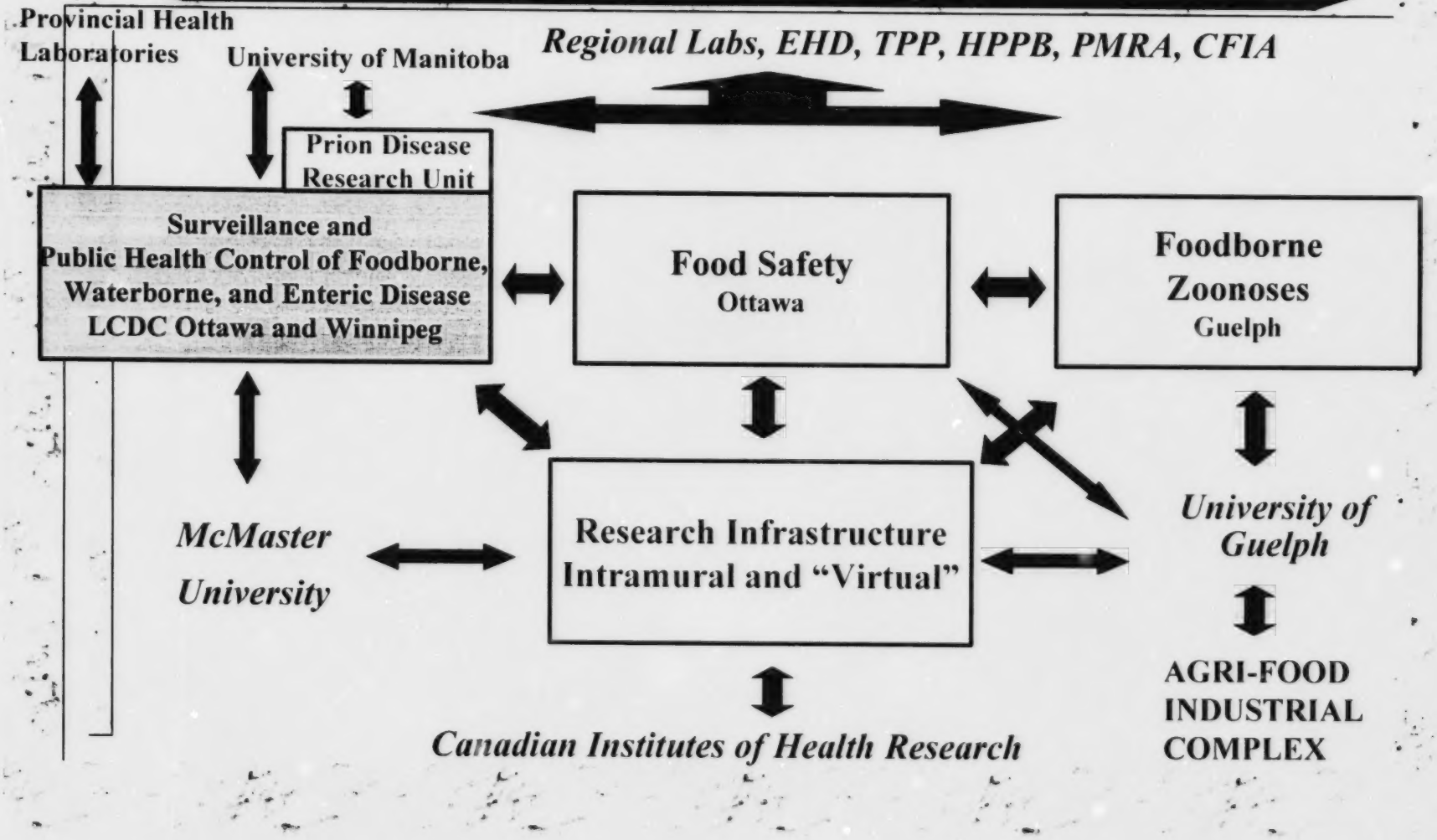
# CORE FUNCTIONS OF "CFZED"

- SURVEILLANCE
- RISK ASSESSMENT
- RESEARCH
- EDUCATION AND TRAINING
- MAINTENANCE OF IN-DEPTH, STATE-OF-THE-ART, INTEGRATED KNOWLEDGE BASE

# MANAGEMENT OF "CFZED"

- High quality scientific and administrative leadership
- Prioritization of surveillance, risk assessment, reference, and research activities
- Reduction of overlap
- Harmonization of information systems
- Planned introduction of new research and biotechnology
- Effective linkages with universities
- Systems of accountability, including peer review, and performance management
- Improvement of national and international profile

# MODEL FOR THE CENTRE FOR FOODBORNE ZOONOSES AND ENTERIC DISEASE (CFZED)



**Appendix E**

# The Science Advisory Board

# Committee on the Drug Review Process

# First Report - May 12, 1999

**Membership**

**Doug Elliott (Chair)**
**Russ Graham**
**Jean Jones**
**Leslie Millin**
**Karen Semchuk**
**Bernard Schwetz (special Advisor)**

**Introduction:**

At the March 1999 SAB meeting, Members discussed the responses received to date from interested parties on the drug review process within the Health Protection Branch. They also discussed approaches which could be applied for their study of the drug review process of the Health Protection Branch. Members' discussion centered on related issues, including:

- The list of interested parties was established by the Board to reflect a cross-section of diverse views with knowledge and experience with the current system. While the list was not intended to be comprehensive, the Board would welcome advice from other parties or suggestions of additional parties which could be included.

- Whereas one respondent expressed concerns about the Board's study, Members agreed to a response confirming its independence and openness in defining its own process. Indeed, other respondents had been advised accordingly.

- Different approaches were discussed by the Board to study the drug review process, for example, whether the Board as a whole should entertain individual presentations from all respondents, either through panel discussions or discreet exchanges. The study is not intended to be an extensive study of all issues related to the process and this should be clarified, if needed.

As a result of these discussions, the Board established a Committee to study the drug review process within the Health Protection Branch. As a first priority, the Committee would develop objectives and guiding principles for its work, and would seek periodic endorsement from the Board as a whole as it proceeds with its study and its reports.

**Status:**

The SAB Committee on the Drug Review Process has held two teleconferences to date and will meet on the evening of May 17, 1999 for a working dinner. The Committee has developed the attached documents to outline its objectives, guiding principles and some strategies for achieving its goals. Members of the Board will be requested to consider these documents and provide their endorsement, as warranted.

During its second teleconference, the Committee agreed on several next steps and issues which it will consider on May 17th for discussion with the Board. In particular, the Committee will consider approaches to reflect the full scope of responses to the six issues raised in the survey and the Therapeutic Products Programme's progress on its initiative to assess the drug review process. To this end, Dann Michols has been invited to make a presentation to the Committee at its May 17th meeting to outline his programme's current initiative and provide a status report.

## Objectives of the Drug Review Process Study by the Board:

Note: *The Science Advisory Board will be requested to endorse the following prior to its adoption by the Committee. Members will bring the study and its report as far ahead as feasible on their own volition, for endorsement by the Board prior its tabling with the Minister.*

An independent study of the drug review process within HPB, to determine how it is perceived by interested parties, to identify strengths and weaknesses , real or perceived, and to reach conclusions/ make recommendations for improvement. The following lines of inquiry have been determined in the letter to interested parties.

1. Timeliness, efficiency and effectiveness of the drug review process, in general and the identification of how could it be improved?

2. The adequacy/appropriateness of the priority drug review process. Whether it is operating in a principled, timely, efficient and effective way? and how it could be improved

3. Fairness, reasonableness and timeliness of the public's access to information about drug submissions and about drug safety and efficacy? and warranted changes?

4. The appropriateness of Health Canada's harmonization and cooperation with foreign governments regulatory authorities for the drug review process? and under what conditions?

5. Cost recovery, and concerns that charging fees for drug review may unfairly influence the drug review process? how to alleviate concerns?

6. Principles which should guide the drug review process

In essence, the Committee of the SAB will proceed with a "mini inquiry" into the HPB process to assess if the DRP work is credible and well-informed, and to foster better management, as appropriate. The Committee will consider the views of a wide range of interested parties and may include a field visit to the United States to hear first hand the views of Federal officials, industry and other key parties representing public views. Information from these parties in other countries, for example from Europe and Australia, will be sought in writing.

The Committee will provide the Board with periodic progress reports, outlining its directions, for endorsement as appropriate. It will produce a Report for endorsement by the Board prior to presentation to the Minister.

**The working of the Committee,**

**Guiding principles:**

The Committee's work will be evidenced-based. It is committed to providing the best possible independent advice to the Minister and to HPB as they work to protect the health of Canadians.

Scientific and socio-economic relevance will be assessed by the Committee. It will comprise Members that have extensive appreciation of the key issues involved in the DRP. If SAB Members are not available, the Committee will secure scientific advice possibly through external scientific expert advisors. Alternatively, the Committee may commission additional studies, possibly through research assistants or other contractual agreement, provided this is in keeping with the Board's terms of reference and the confidentiality of the information.

Written submissions from interested parties will be reviewed in terms of comprehensiveness and credibility and relevance to the lines of inquiry.

Openness, fairness and transparency will be reflected in the Committee's working approach. It will strive to be efficient in allocation of its resources. Consequently, the Committee will give serious consideration to the options of hearing directly from interested parties – this may involve Committee meetings or Board sessions, as appropriate. Interested parties will be advised of the Board's approach.

The Committee will function under the general direction of the Chair of the Committee, and with the full knowledge of the Chair of the Science Advisory Board (possibly through cc's)

The Committee will report on its findings and recommendations through periodic status reports as well as a final report, for the SAB's consideration and endorsement.

As the Committee's recommendations and conclusions will help strengthen the current drug review process in Canada, it will be appropriate to maintain open communications with the management of the Health Protection Branch, in particular the Therapeutic Products Programme. (TPP)

In view of the Senate Report on rbST and the Office of the Auditor General's comments on the DRP, the Committee will endeavor to keep these organizations informed of its study, its objectives, findings and conclusions.

**Strategies to progress with the study, including the consideration** of scientific advisors

external to the SAB.

Time lines and milestones should be defined to project the work of the Committee and to outline expectations for the Board.

Generally, the Committee aims to deliver a draft status report for the September 1999 SAB meeting and a draft final report for the November 1999 SAB meeting.

The Secretariat of the SAB will keep interested parties, including the TPP, advised of the Committee's progress in this study.

Any external scientific expert advisor invited to join the Committee must do so under the same terms and conditions as the Board Members. (e.g. remuneration, travel expenses, conflict of interest, etc) Advisor(s) bring in-depth appreciation of the scientific validity and relevance of issues raised by interested parties and of their proposed recommendations

Similarly, terms and conditions for any contractual agreements for research assistance will be in accordance with federal policies and the terms of reference of the Board.

# History

Appendix F

**March 1995** DMs set up Transition Group

- F/P/T Working Group on Roles & Responsibilities, Overlap & Duplication
- Task Group on Disease Surveillance & Control
- F/P/T Surveillance Integration Design Team
- Draft report to DMs
- National Health Surveillance Working Group
- Consultations

**March 1999** Consensus Conference

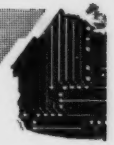
# National Health Surveillance Infostructur

**Set of pilot projects - proof of concept**

- surveillance
- Internet-based
- partners
- funded through CHI
- initial funding 1997/98 - 99/00
- renewed funding 99/00 - 01/02

May 19, 1999
HPB Health Canada

# Current Status



- conclusion of process initiated by DMs
- consultations reveal support
- general and specific support from partners
- purpose and interrelationships clarified
- NHSI projects are building blocks
- funding part of that announced in budget

# Direction Required
# 1. Coordinating Body

- Desired characteristics
  - own resources
  - F/P/T plus NGO, local, academic
  - clearly defined mandate
  - deliverables - set out in business plan
- Options
  - inter-jurisdictional commission
  - Working Group of ACPH
  - Working Group of Advisory Committee on Health Infostructure

# Direction Required
# 2. Funding

3 classes of costs

A. Working Group and secretariat

B. Generic projects (generals standards, portal etc.)

C. Applications

Recommend federal funding of A and B

C to be agreed project by project

# A Network for Health Surveillance

## How Will it Work

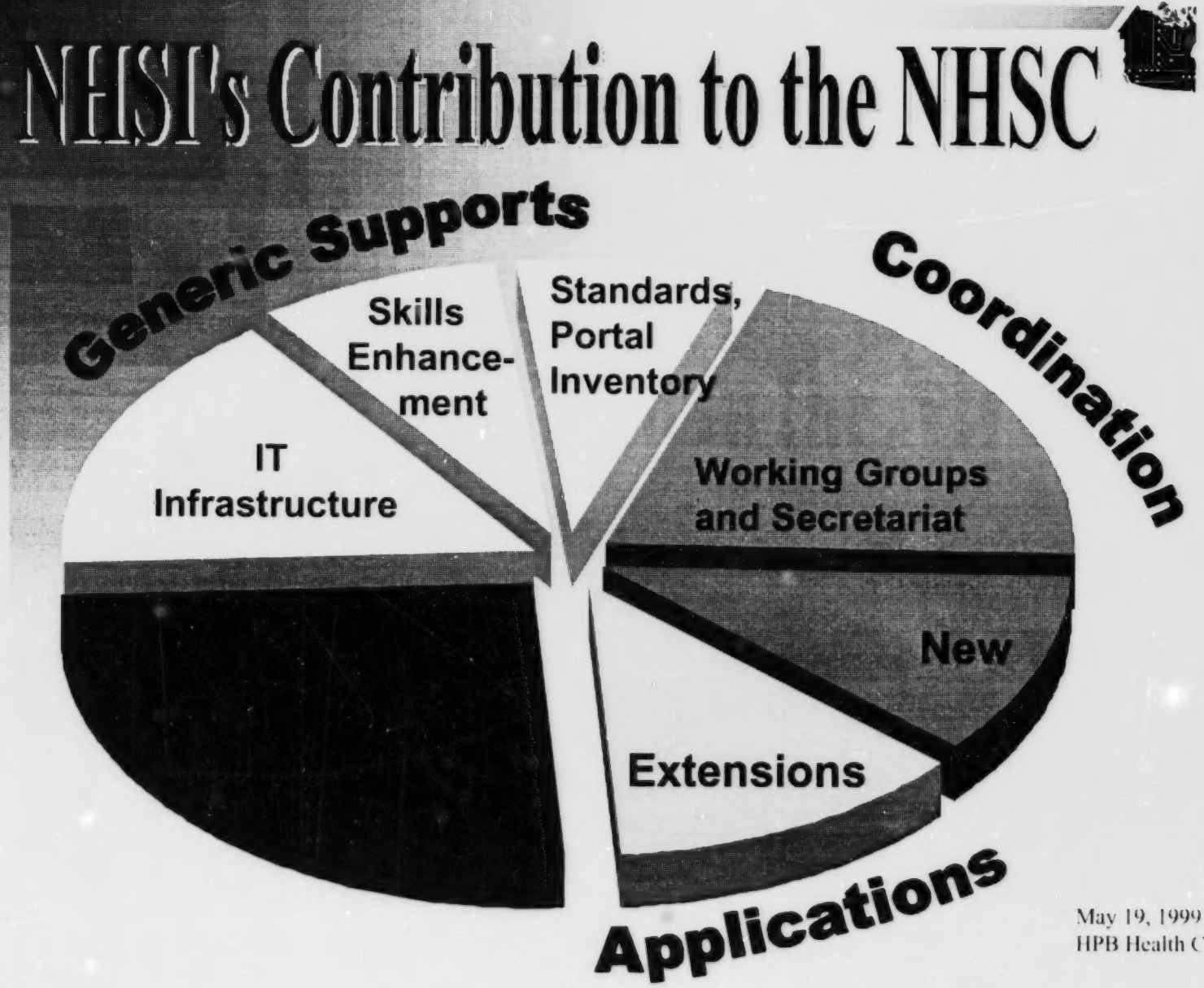
- Standards
- Privacy Protections
- Security
- Skills Development
- Electronic Infrastructure
- Metadata
- Quality Management
- Communication
- Canadian Health Info*way*
- Priorities & Gaps

## What You (

- Access
- Quality Data
- Tools for Integration, Analysis and Dissemination

May 19, 1999
HPB Health Canada

# NHSI's Contribution to the NHSC

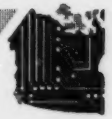



May 19, 1999
HPB Health Canada

# Needs

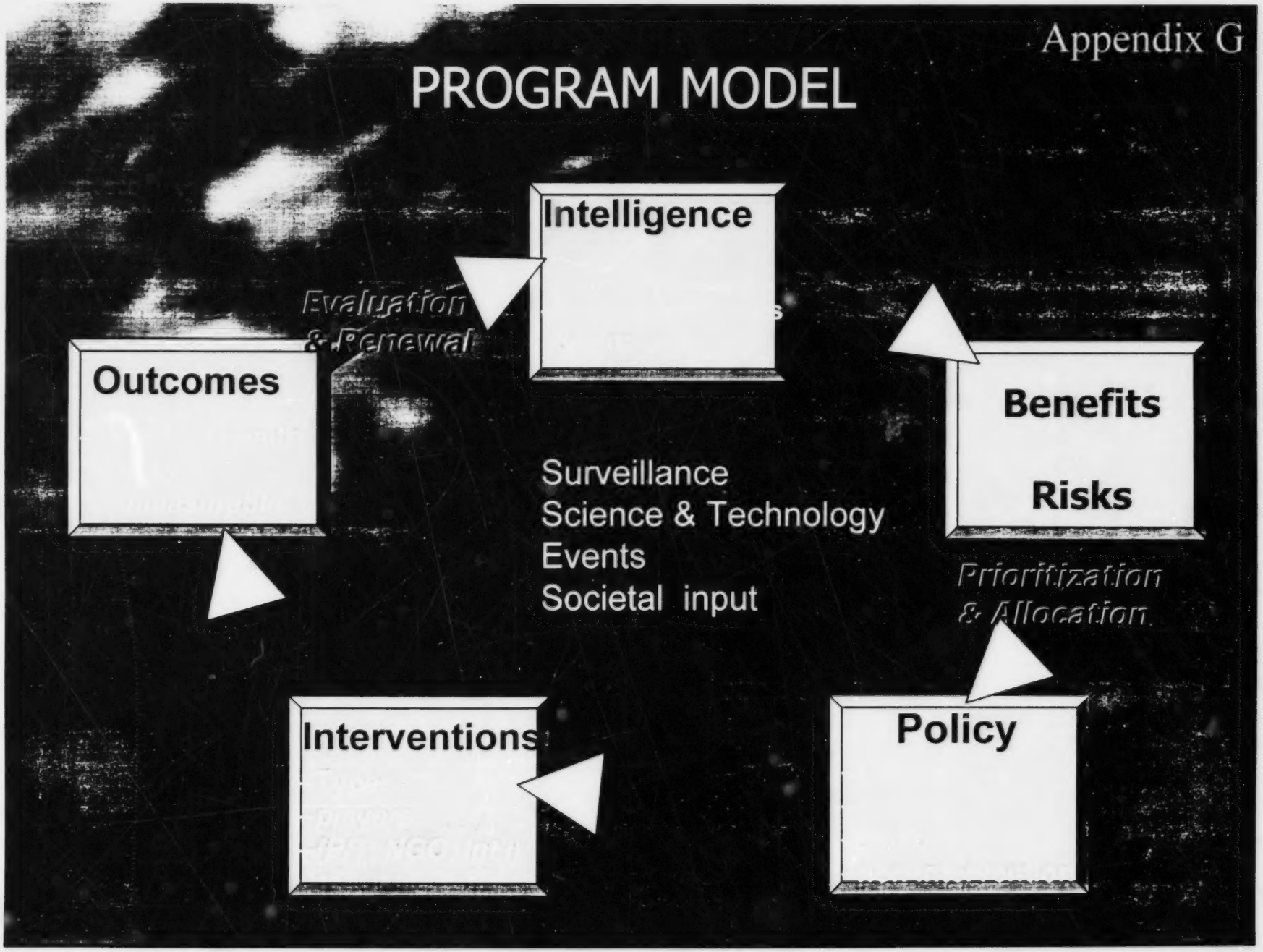
- **Existing and future health surveillance systems have common needs**
  - **Templates, standards, models, protocols, agreements**
    - **so that each new system no longer needs to be built from the ground up**
  - **Access - organized, logical, comprehensive, timely, easy, affordable**
    - **so that evidence for decisions is readily available**
  - **Tools - for integration, analysis and presentation**

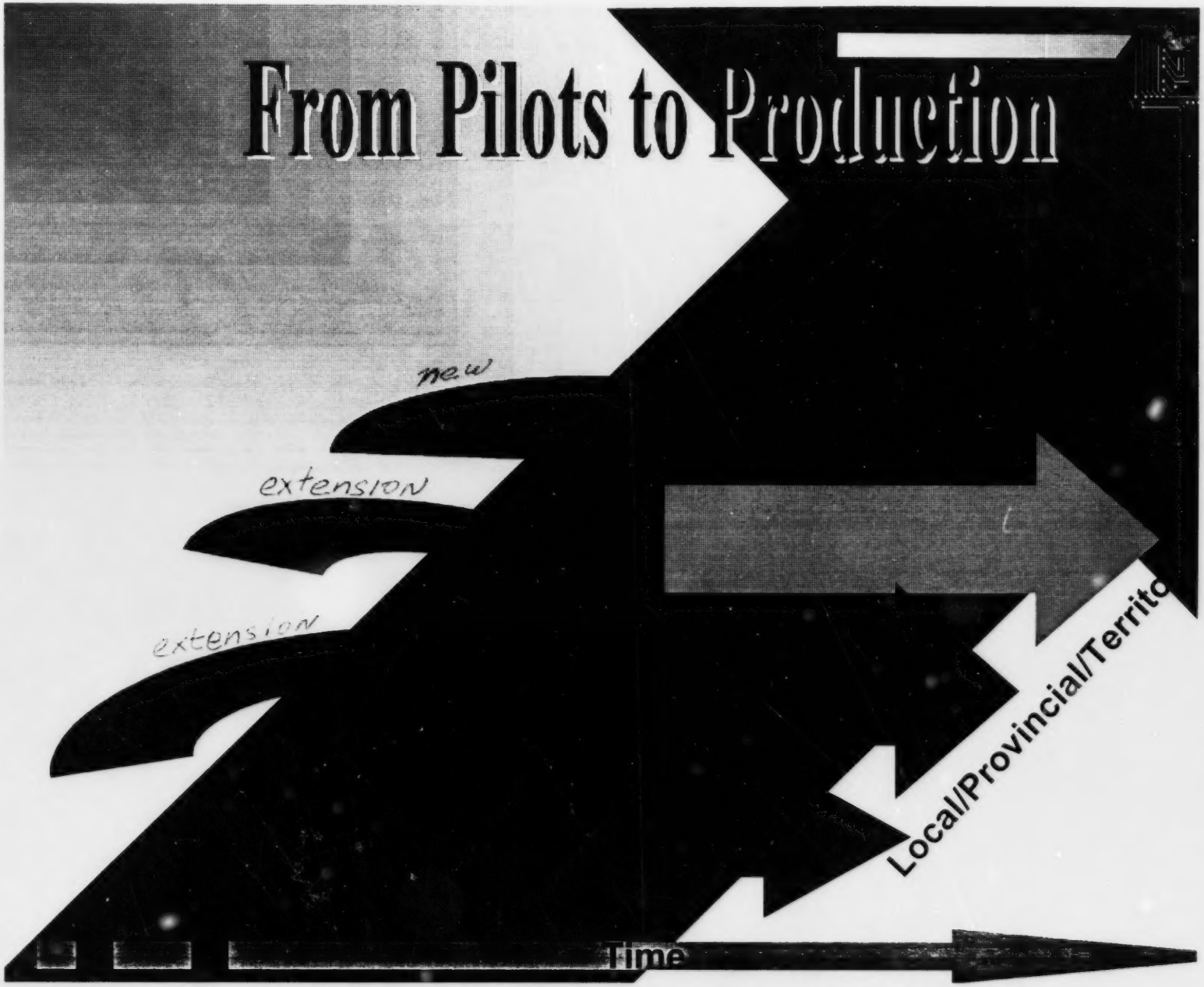
# Guiding Principles



- evidence must be accessible and good quality to inform decisions to protect and promote the public's health
- information must be made easily, quickly and affordably accessible
- federal, provincial/territorial, local/regional, NGO and academic partners can and should work cooperatively to improve health surveillance and benefit from the network
- an improved infrastructure should build upon, not replace existing efforts

Appendix G


PROGRAM MODEL
Intelligence
Evaluation & Renewal
Outcomes
Benefits
Risks
Surveillance
Science & Technology
Events
Societal input
Prioritization & Allocation
Interventions
Policy


From Pilots to Production
new
extension
extension
Local/Provincial/Territo
Time

**Appendix H**

# Environmental Health Program Development

Presentation to the Science Advisory Board
by Dr. Elizabeth Nielsen
Director, Commercial Products Office
May 19, 1999

## Environmental Health Program Development

**Purpose:**

- Overview of Environmental Health Program
- Status of Program Development
  - Rationale
  - Analysis
  - Objectives and Outcomes
- Next Steps

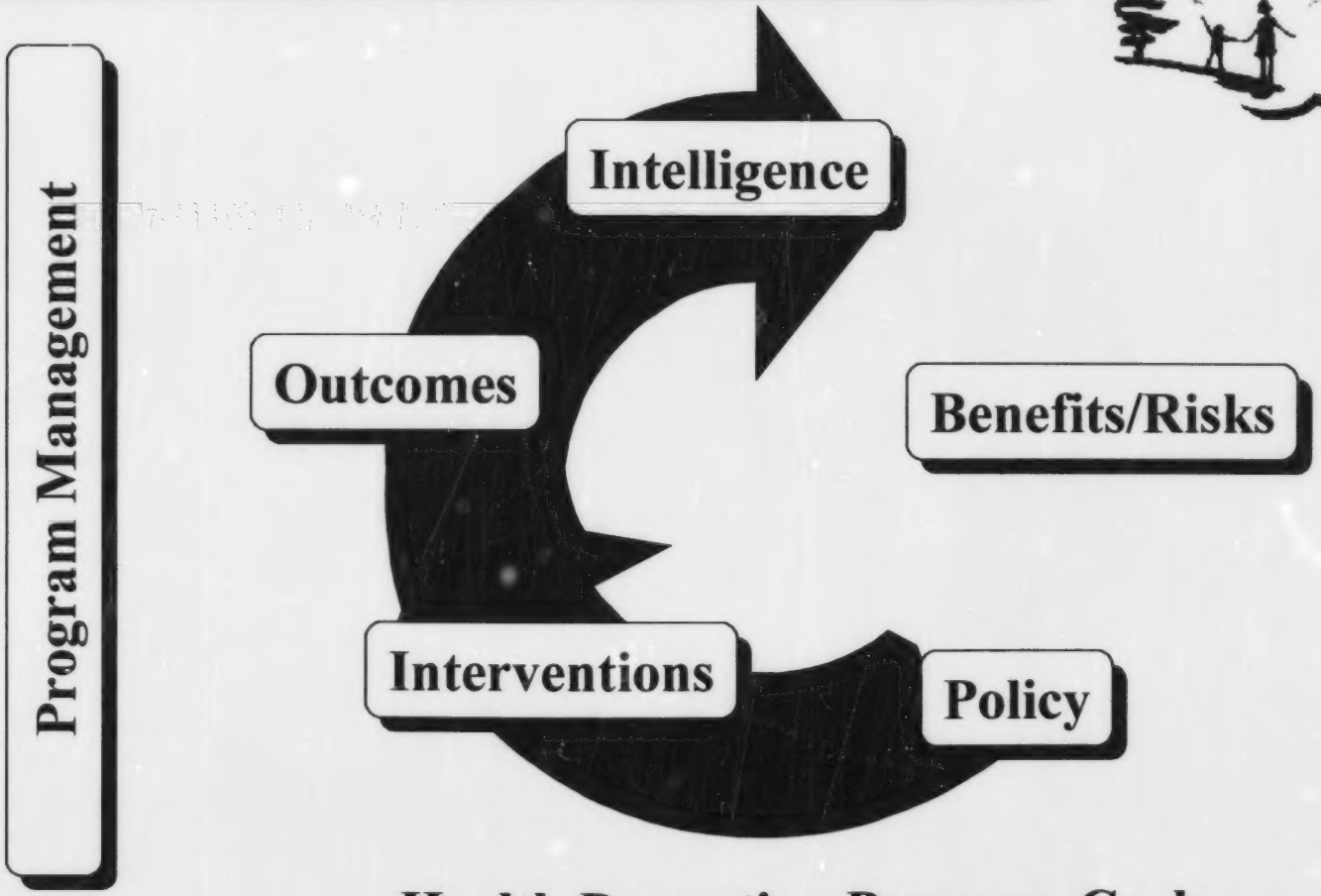
## Legislative Responsibilities

- Hazardous Products Act and Regulations
- Tobacco Act
- Radiation Emitting Devices Act and Regulations
- Food and Drugs Act - Cosmetics Regulations
- Canadian Environmental Protection Act
- Drinking Water Materials Safety Act (proposed)
- Canadian Environmental Assessment Act
- Canada Labour Code

## WHO Definition of Environmental Health:

The health consequences of interactions between human populations and the whole range of factors in their physical - natural and man-made - and social environments.

## Environmental Health Program Development




**Health Protection Program Cycle**

**Environmental Health Program Development**

# Program or Risk Management Cycle

- Intelligence (science literature, surveillance data, surveys, clinical trials, research, public consultations)
- Benefit/risk assessment (risk estimation and evaluation, benefit evaluation)
- Policy (builds on benefit/risk assessment and broader social and political context, roles, directions, analysis)
- Interventions (communications, health promotion, capacity building, regulations, standards, partnerships, etc)
- Outcomes (description, monitoring, evaluation of results)

## Consultations and Sources

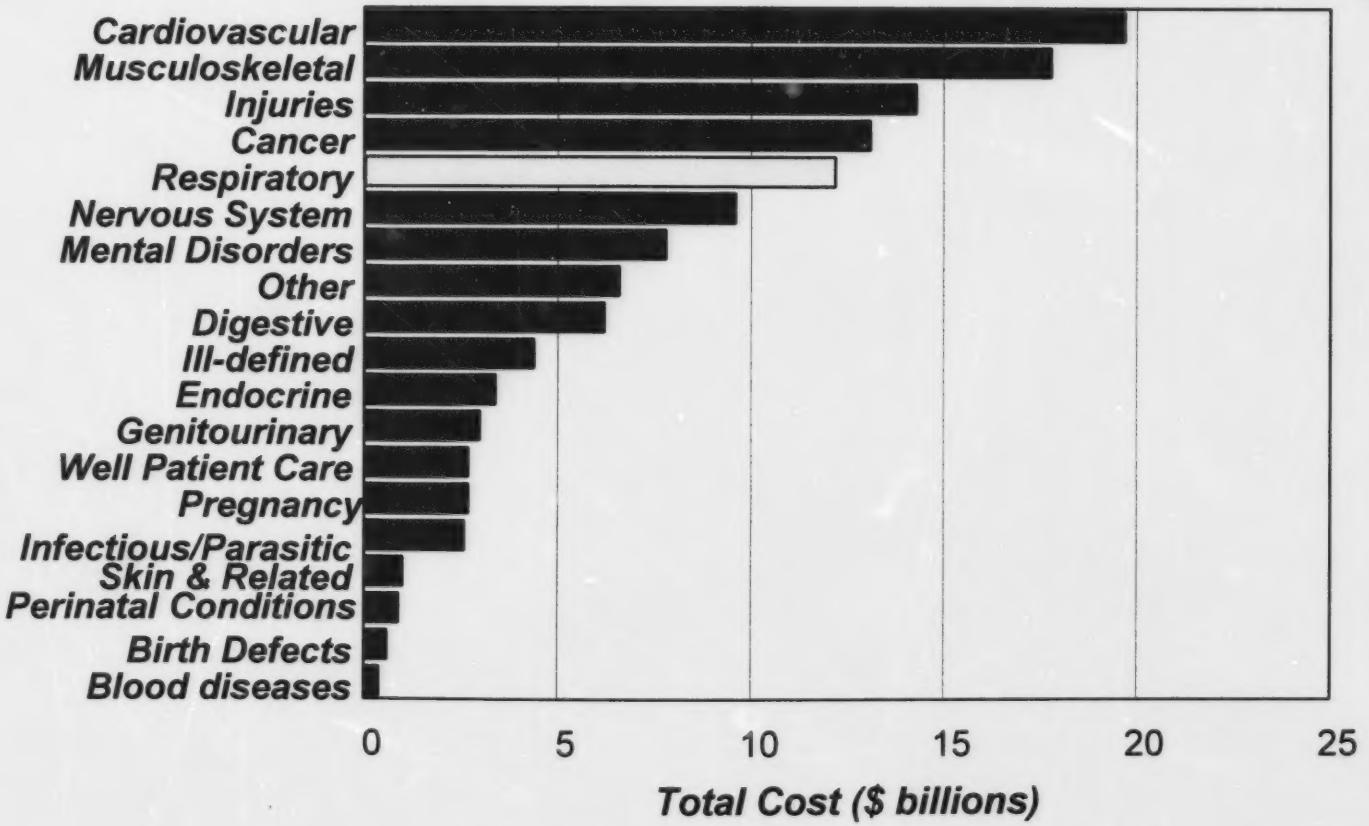
- Review of consultations - transition, program consultations
- Consultations with staff
- Data collection from programs
- Environment Canada
- Auditor General's Report

## What are the challenges?

- Increasing awareness and concern about environmental contaminants and human health linkages among the public
- Krever Inquiry establishes new expectations and benchmarks for risk management
- Gaps in capacities, knowledge and tools
- Growth in number and diversity of threats to human health from natural and built environments

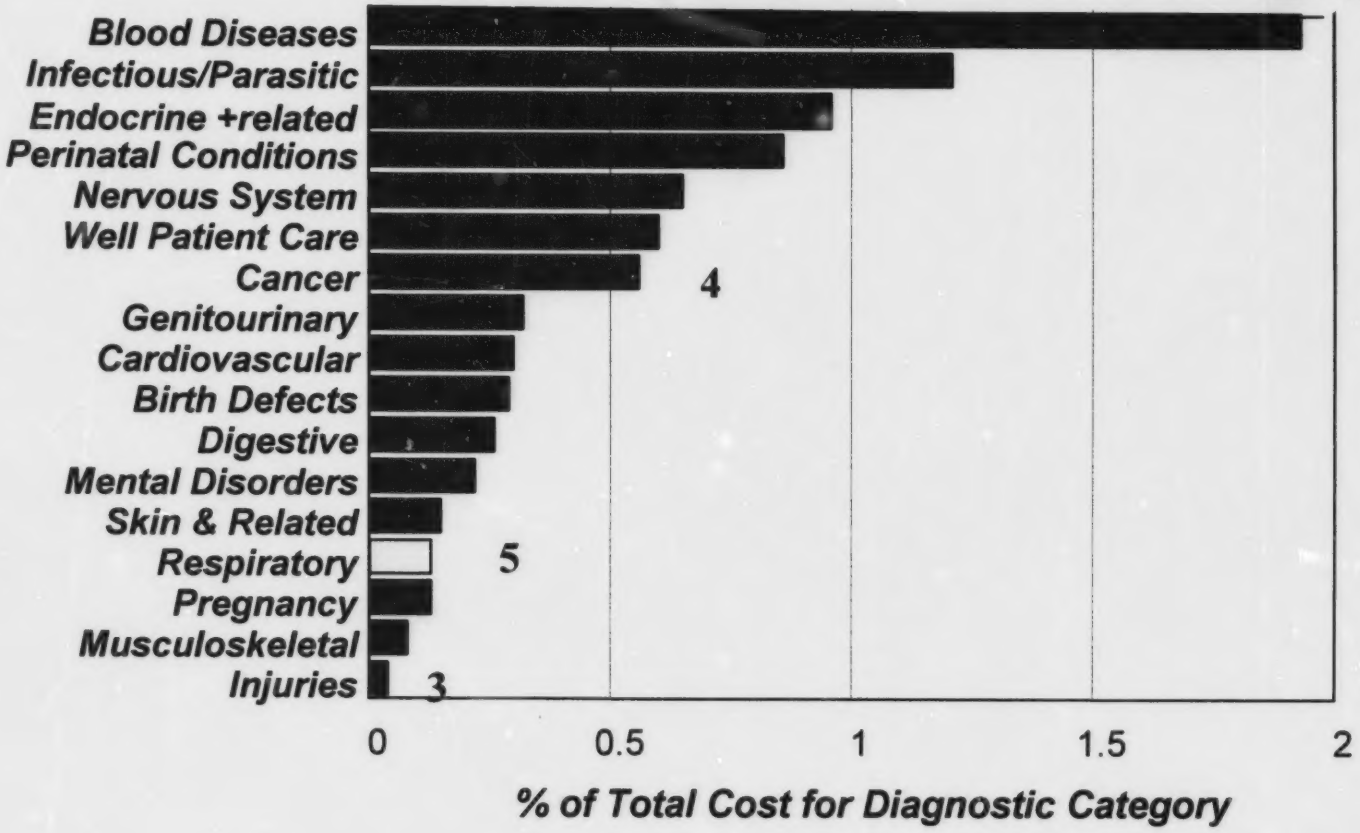
## Environmental Health Program Development

# Total Cost by Diagnostic Category, Canada 1993



## Environmental Health Program Development

# Research Share of Total Cost by Diagnostic Category



# Auditor General's Report

- Growing gap between demands placed on federal departments to provide and use scientific information and scientific
- Co-ordination and collaboration on research and monitoring related to toxic substances at strategic, interdepartmental level
- Need to identify current and future needs
- Decision making on toxic substances involves integrating competing views - economic, social, environmental and health issues - Sustainable Development

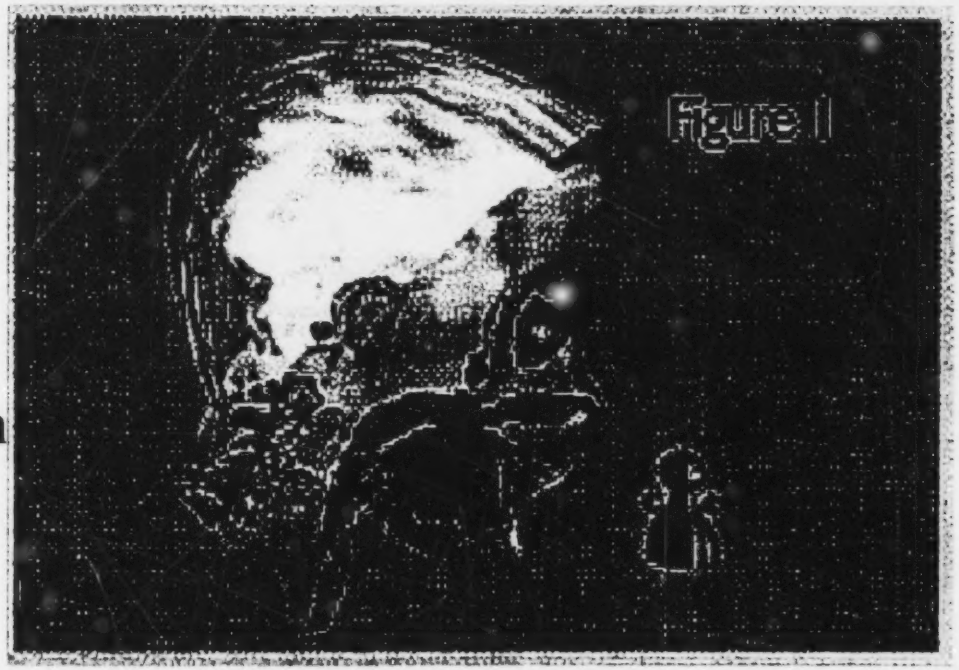
## What needs to be improved?

- Scientific capacity and ability to generate knowledge about
  - existing/emerging hazards
  - scenarios and appropriate interventions
  - effectiveness of intervention strategies
  - multi-disciplinary and systematic approaches to assessing risks

**Environmental Health Program Development**

# Multi-disciplinary Nature of Research

**Surveillance**
**Analysis of Injury Data**
**Child Anatomy**
**Child Behaviour**
**Material Science**
**Engineering and Design**
**Computer Modelling**
**Interventions**



## What needs to be improved? (cont)

- Surveillance and monitoring
- Tools - Legislation, Standards
- Public involvement
- Ability to develop and use new approaches/ interventions
- Policy

## Elements of an Environmental Health Program

- Reduce risk of toxic substances (chemicals, radiation, biological/microbial etc…)
- Improve the safety and safe use of products(commercial, industrial, consumer)
- Increasing public engagement and involvement in risk management decision-making.

## Objectives:

- **To engage and assist Canadians in protecting and improving their health, and to reduce risks of injury or death, by promoting and supporting:**
  - **creation and maintenance of healthy and safe environments**
  - **reduced exposure to risks in the environment**
  - **safety and safe use of products and materials**
  - **knowledge and capacity to adapt to environmental conditions and deal safely with environmental hazards.**

## Management Objectives

- Enhance co-ordination and leadership of federal environmental health programs
- Clear articulation of roles and responsibilities and accountabilities
- Integrated risk management strengthened across department and departments
- Development of broader and more flexible instruments and approaches to environmental health issues.

## Outcomes

- Safer natural and man-made environments
- Strategic framework and guiding principles.
- Leadership and coordination of federal initiatives
  - **Clearer articulation of federal roles and responsibilities and accountability framework**
  - **Effective planning and decision-making processes for identifying emerging issues and setting priorities**
- Scientific Capacity and appropriate/modern array of instruments and tools to achieve objectives

## Next Steps

- Complete initial analysis of program needs with staff, LCDC, HPPB, MSB, Environment Canada
- Identify roles and responsibilities
- Develop accountability framework
- Identify ways to meet these needs - internally, externally, partnerships
- Consult with key stakeholders
- Prepare options paper and recommendations for presentation to senior management and cabinet.
- Ministers in the fall.

# *LCDC Business Planning and Restructuring*

***Presentation to***

## Science Advisory Board

***May 19, 1999***

# *Assessment of the Status Quo*

- Where we came from
  - **LCDC established in 1972**
  - **mandate**
    - *to conduct and promote investigations and research into Canada's health problems*
    - *to serve as the National Public Health Reference Laboratory*
    - *to establish services and conduct research in public health laboratory and clinical laboratory fields*
  - **By 1982 there were three to four medical epidemiologists and a budget of $17 million**

- Where we are today
  - **271 employees**
  - **$47 million budget**
  - **mandate: "Canada's national centre for the identification, investigation, prevention and control of human disease"**

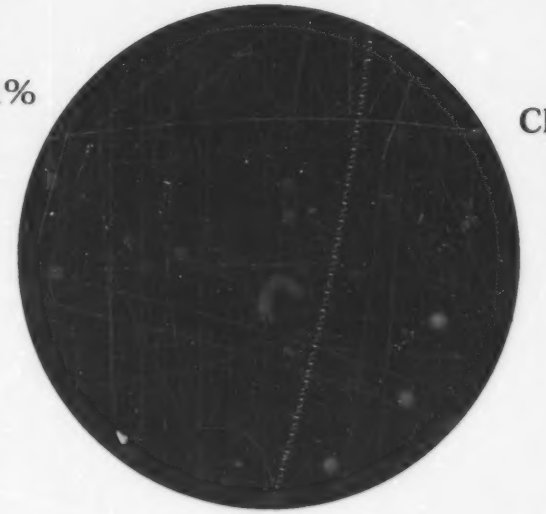
# *Assessment of the Status Quo*

- **Over the last 7- 8 years:**
  - ↳ LCDC expanded rapidly
  - ↳ new public health competencies often reflected government priorities, *e.g., HIV/AIDS,* rather than evidence-based risk management assessments
  - ↳ improved national and international relationships
  - ↳ Canadian public health surveillance *"put on the map"*

map of surveillance points only available in hard copy

# *Assessment of the Status Quo*
## *Current Focus - LCDC Budget 1999/00*

**LCDC Budget**



**Other - 8%**

**Infectious Diseases - 71%**

- *HIV/AIDs*
- *Blood Borne*
- *Food Borne*
- *Nosocomial*
- *STDs, TB*
- *Antimicrobial Resistance*

**Chronic Diseases - 21%**

- *Cancer*
- *Cardio-vascular*
- *Diabetes*
- *Child and Reproductive*

# *Assessment of the Status Quo*

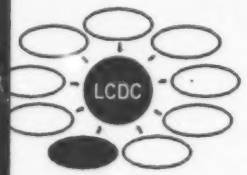
- **Historic Uses of Public Health Surveillance**
  - ↳ **detect epidemics/define a problem** *(food, flu, HIV/AIDS)*
  - ↳ **evaluate control measures** *(minor capacity)*
  - ↳ **determine geographic distribution of illness** *(minor capacity)*
  - ↳ **portray natural history of a disease**
  - ↳ **generate hypotheses & stimulate research** *(not well linked to programming)*
  - ↳ **monitor changes in infectious agents** *(antimicrobial resistance)*
  - ↳ **detect changes in health practices** *(minor capacity)*
  - ↳ **facilitate planning**
    - ✣ *Departmental planning (limited linkage to surveillance)*
    - ✣ *Directorate planning (Bureau driven)*

# *Assessment of the Status Quo*

- **Effective Public Health Surveillance**
  - ↳ *the basis of effective surveillance is the current and accurate flow of two-way information among all those who need to know*
  - ↳ *effective surveillance does not necessarily ensure the making of right decisions, but it reduces the chances of making wrong decisions*

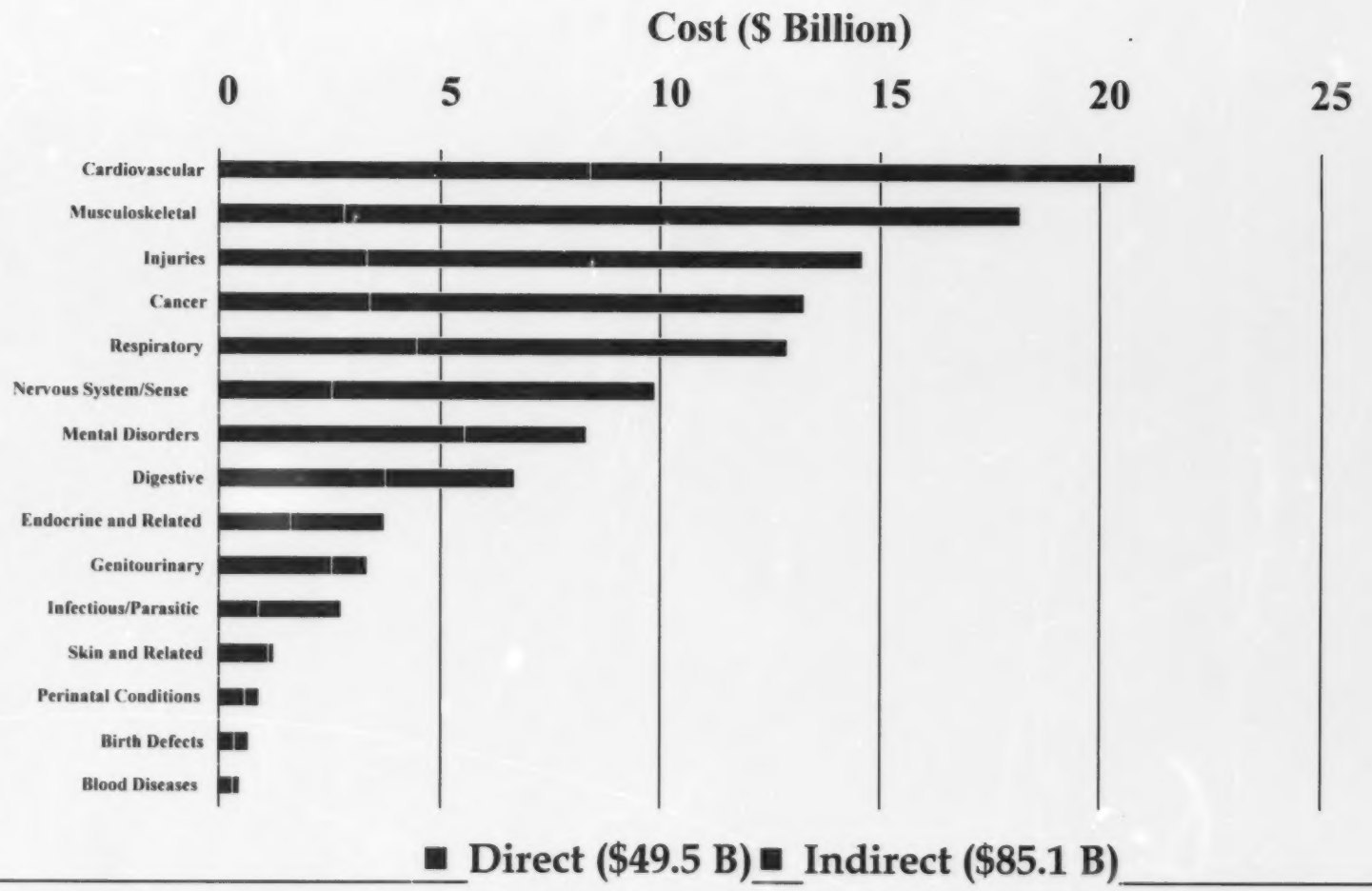
# Assessment of the Status Quo

## *LCDC Surveillance System and Gaps*




| | BASELINE | ENHANCED | COMPREHENSIVE |
|---|---|---|---|
| Cardiovascular | | | |
| **Musculoskeletal** | | | |
| Injuries | | | |
| Cancer | | | |
| Respiratory | | | |
| **Nervous System/Sense** | | | |
| **Mental Disorders** | | | |
| **Digestive** | | | |
| Endocrine and Related | | | |
| **Genitourinary** | | | |
| Infectious/Parasitic | | | |
| **Skin and Related** | | | |
| Perinatal Conditions | | | |
| Birth Defects | | | |
| **Blood Diseases** | | | |
| **Others (e.g. PRION, etc)** | | | |

*Distribution of Direct and Indirect Costs by Diagnostic Category, Canada, 1998 (forecasted)*

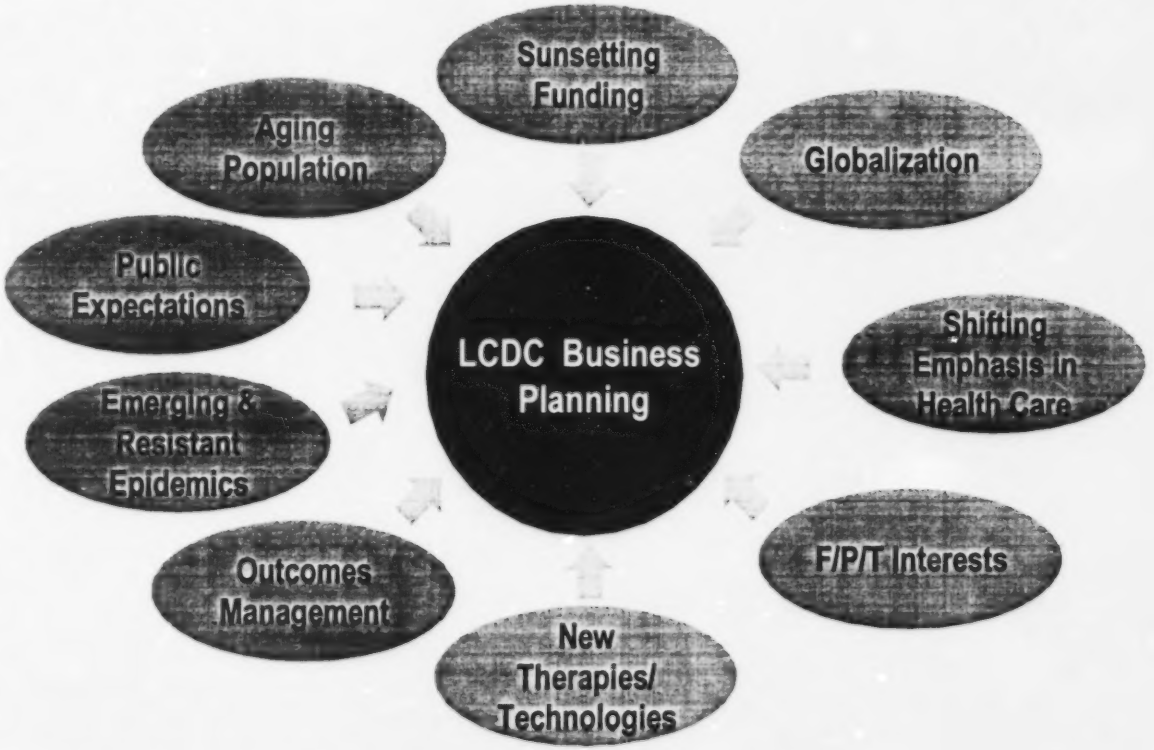


# The environment is ***changing***

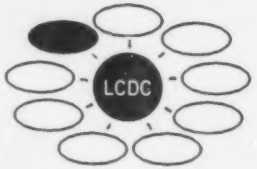
# *The Changing Environment*
## *-What Have We Looked At*

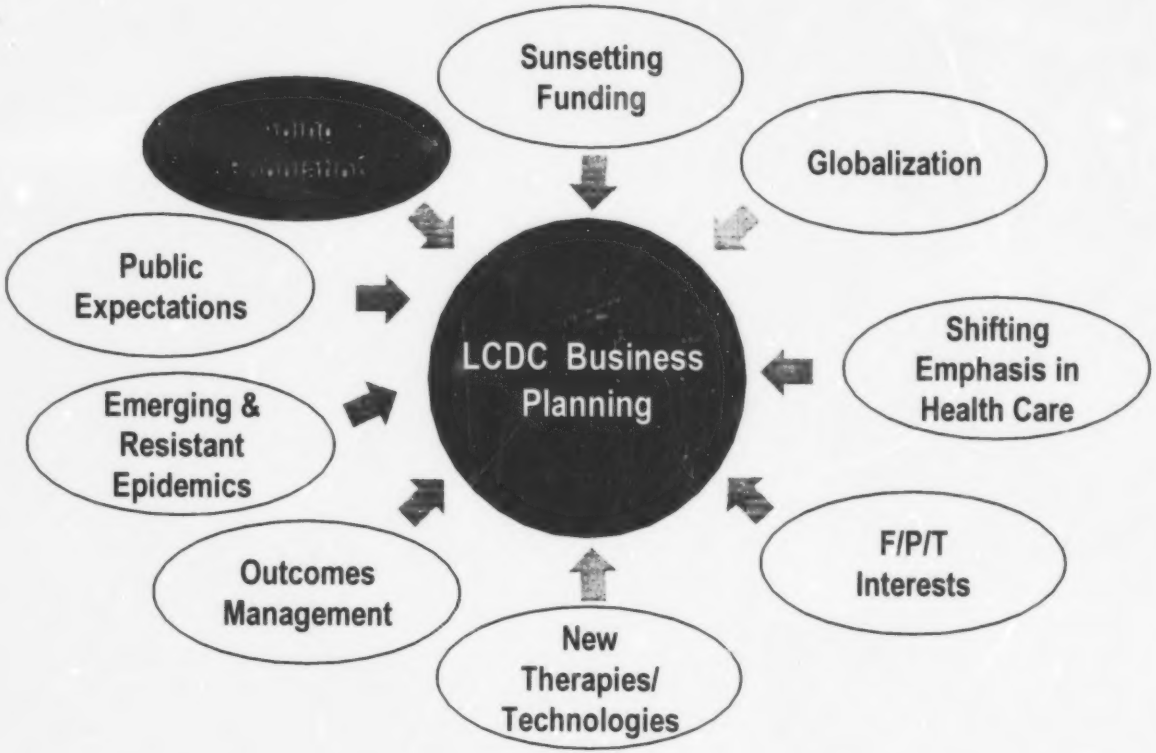
- Canada's population is aging, changing the structure of the disease burden
- public expectations are increasing
- new and emerging resistant epidemics are developing
- public service focus towards outcomes management
- new therapies and technologies will change the array and effectiveness of interventions
- F/P/T interests in public health are rising
- the emphasis in health care is shifting from infectious to chronic diseases
- diseases and food supply are already globalized
- emerging from a long period of reliance upon sunsetting funds for on-going programs

# A Convergence of Drivers

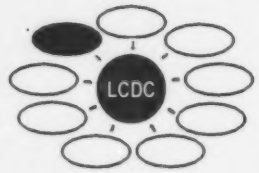


# *The Changing Environment*

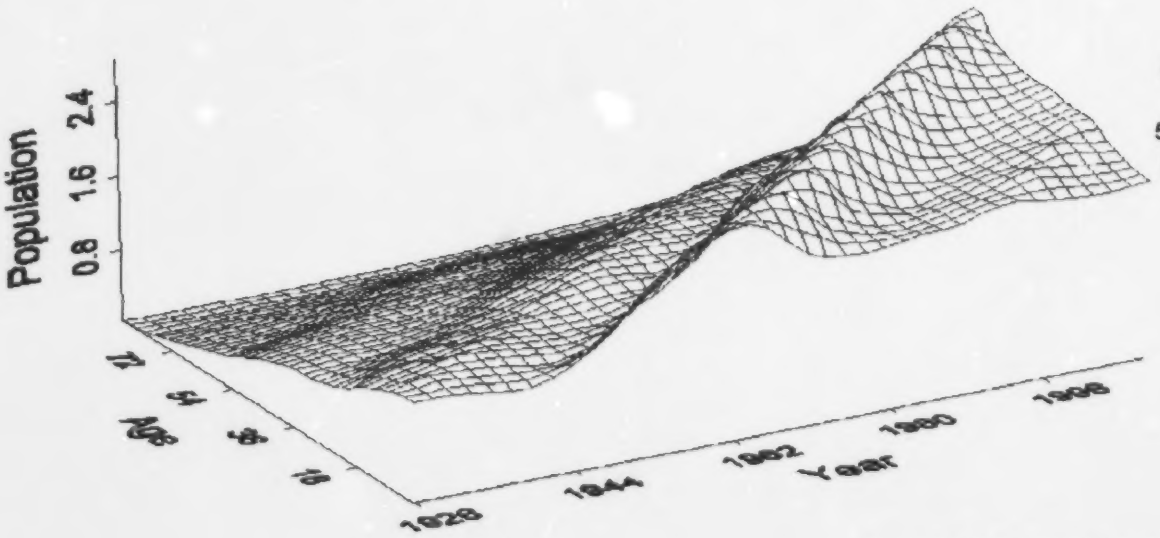


# *The Changing Environment*
## *- Canada's Aging Population*




**Canadian Population, 1926 to 2010**




**Projected Population Increase**

| Age | Year 1998 | Year 2008 | Percent Change |
|---|---|---|---|
| 50-64 | 4,195,180 | 6,535,015 | *55.80%* |
| 65+ | 3,581,990 | 4,584,450 | *28.00%* |

Source: LCDC Health Canada

# *Canada's Aging Population*

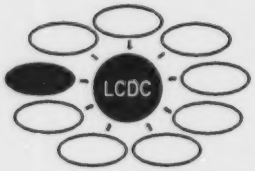
- **Aging population and Impact on Chronic Diseases** *(1998 - 2008)*
  - ↳ Heart Disease *(3.1% increase in deaths)*
  - ↳ Stroke *(13.9% increase in deaths)*
  - ↳ Cancer ***(83 %** increase in cases for ages 50 - 64)*
    ***(54.2 %** increase in cases for age 64 +)*
  - ↳ Mental Health ***(no data available *)***
  - ↳ Diabetes ***(no data available *)***
  - ↳ Arthritis ***(no data available *)***

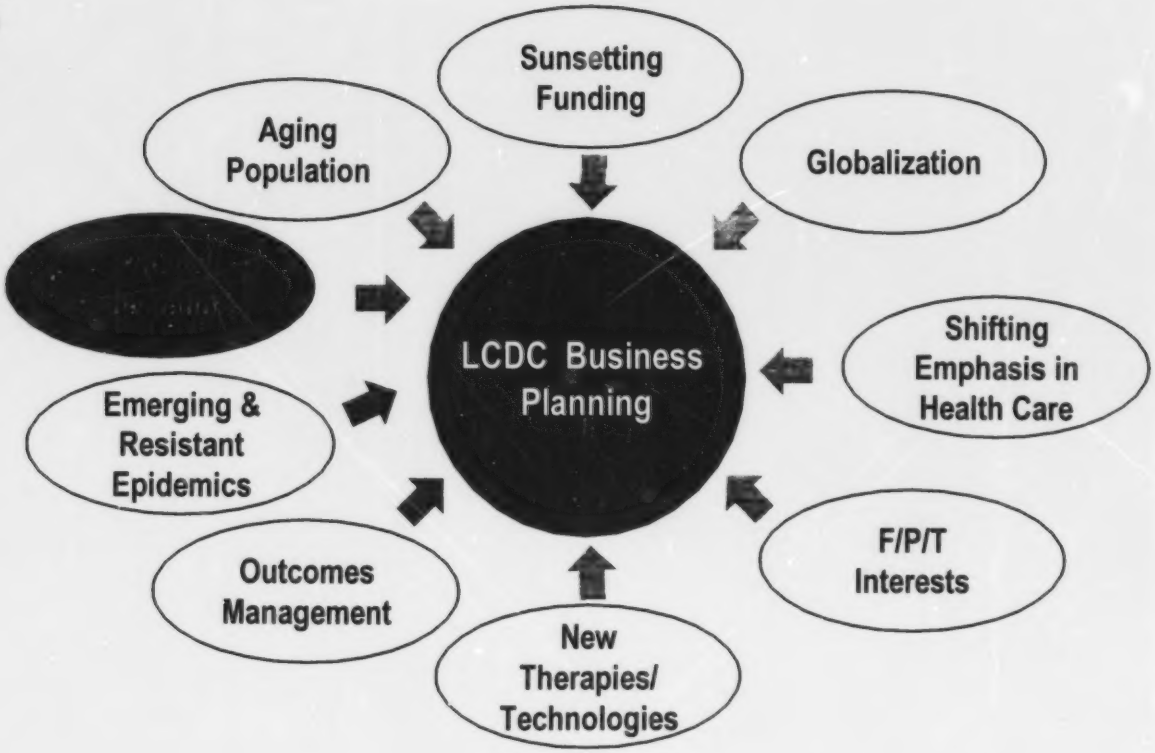
**** in total, these three diseases consume as much as 25% of all health care dollars in Canada***

Projected Increase in Cancer Cases

| | | 50-65 | 65+ |
|---|---|---|---|
| 1998 | females | 16,700.00 | 33,500.00 |
| | males | 18,000.00 | 43,100.00 |
| | *total* | 34,700.00 | 76,600.00 |
| | | 50-65 | 65+ |
| 2008 | females | 29,600.00 | 48,900.00 |
| | males | 33,900.00 | 69,200.00 |
| | *total* | 63,500.00 | 118,100.00 |
| | % change | 83.00% | 54.18% |

# *The Changing Environment*



# *The Changing Environment*
## *- Public Expectations*

- **Increasing public awareness**
  - becoming more educated
- **Concerns regarding:**
  - increasing risks associated with:
    - *food*
    - *blood*
    - *environment*
    - *antimicrobial resistance*
  - increasing incidence of:
    - *cardio-vascular diseases*
    - *cancer*
    - *diabetes*
    - *arthritis*

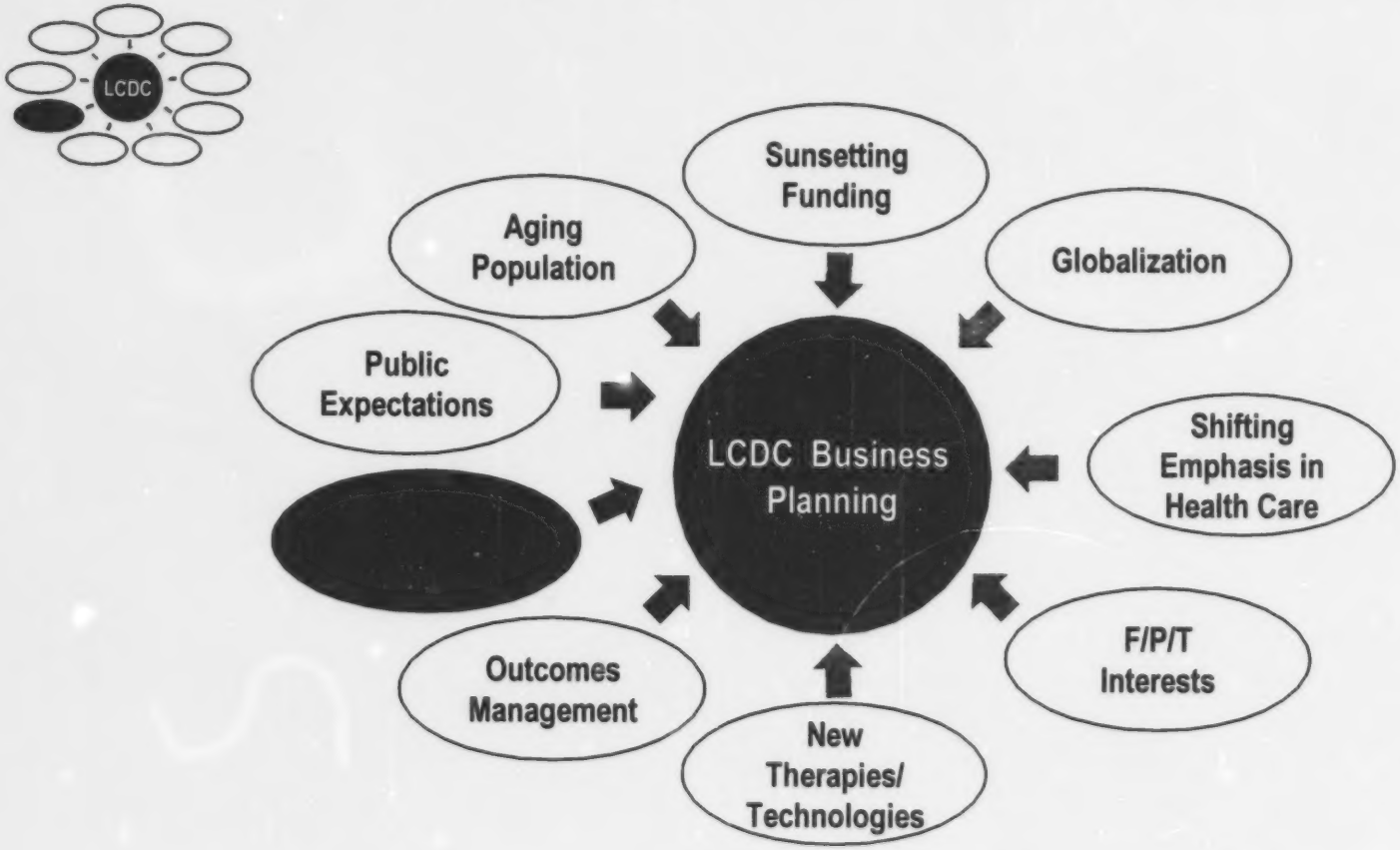
# *The Changing Environment*
## *- Public Expectations*

- **Loss of confidence in the Health Care System**
  - ↳ *restructuring of health care system over last few years*
  - ↳ *perceived problems with access to emergency care*
  - ↳ *perceived problems with access to specialist care*

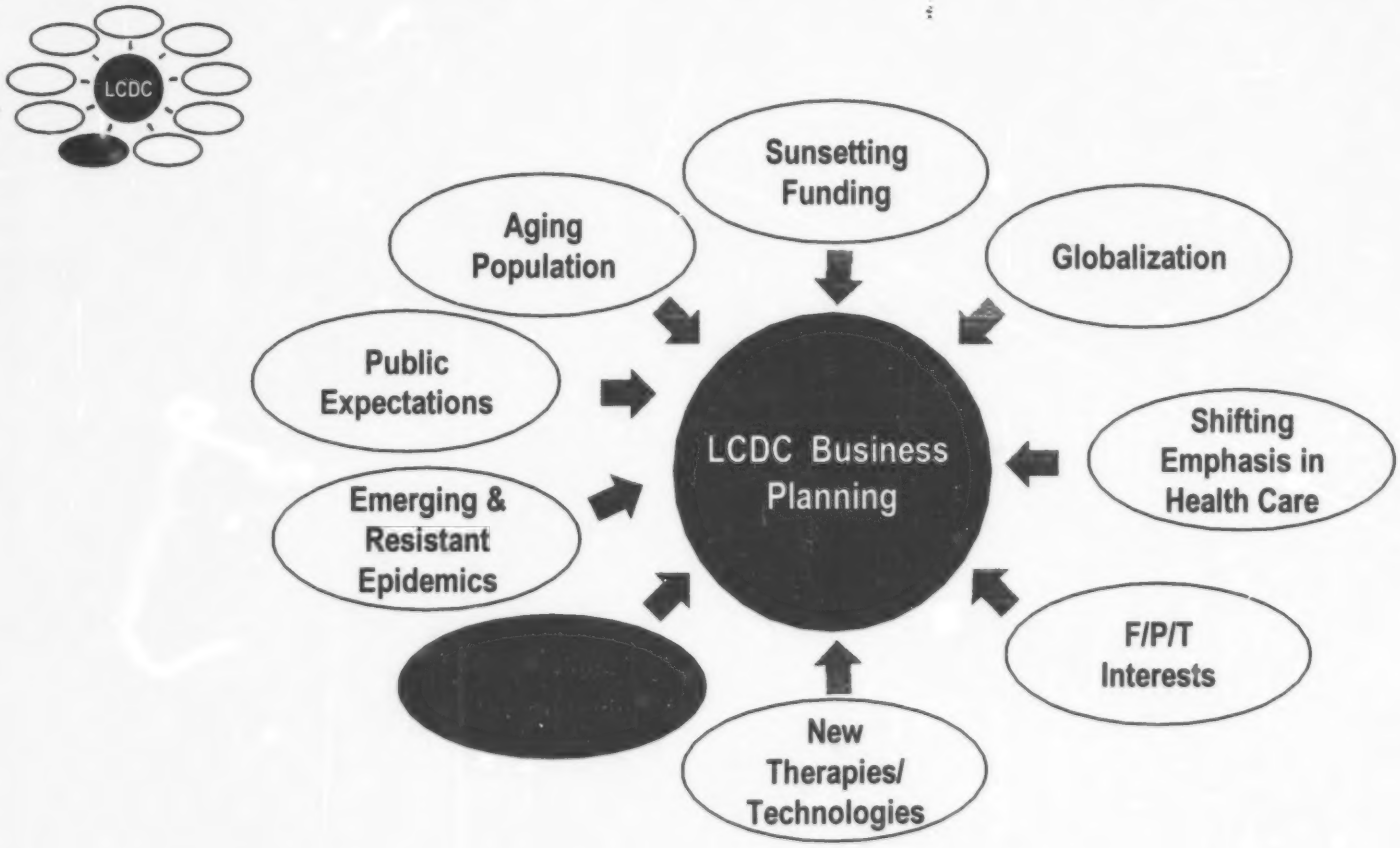
- **The Public has a mix of legitimate concerns and misconceptions based on the lack of hard data**

- **Krever's legacy: sensitization of the Public to health safety concerns**

# *The Changing Environment*



# *The Changing Environment*



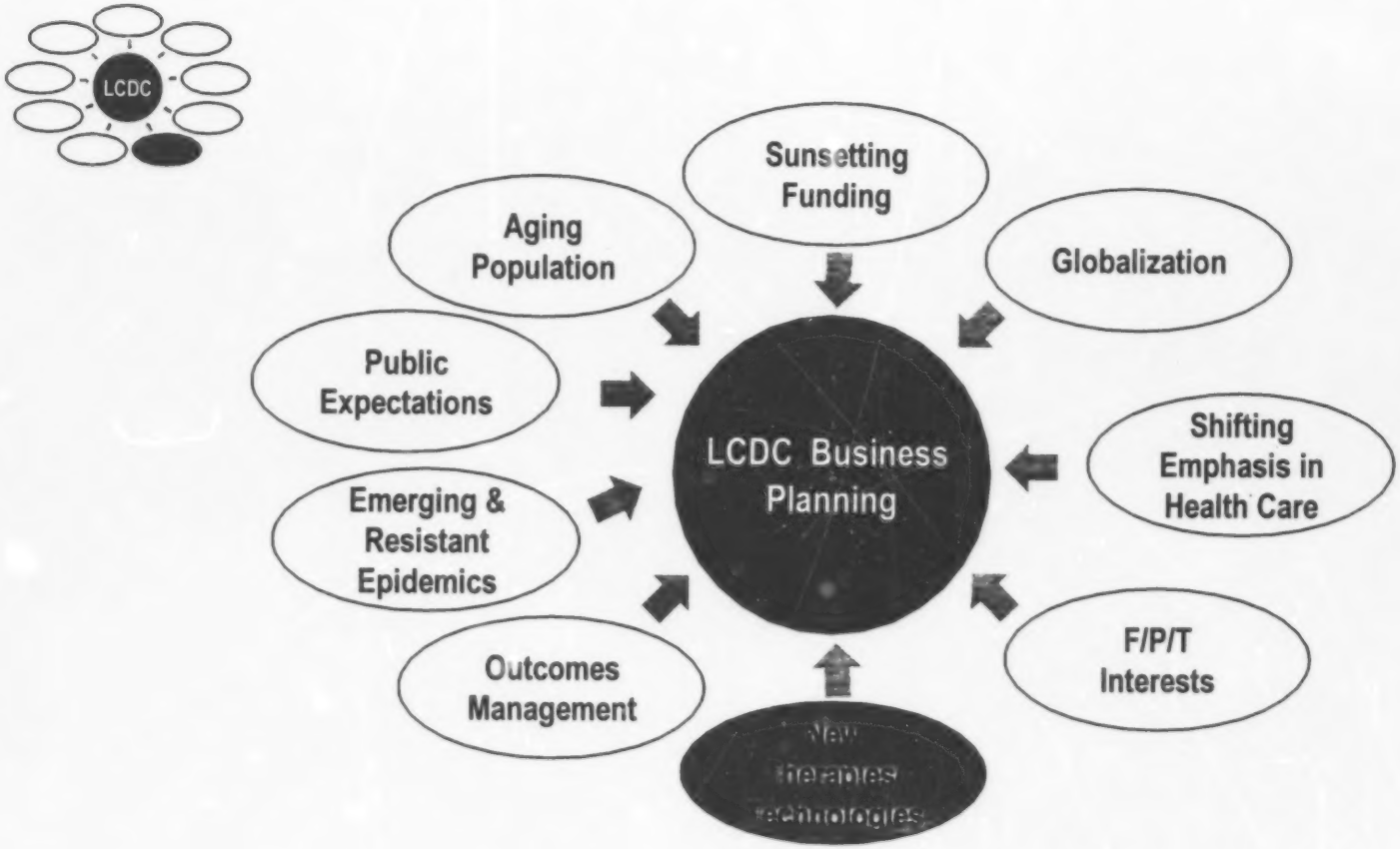
# *The Changing Environment*
## *- Emerging and Resistant Epidemics*

- **Infectious disease areas targeted by CDC in their "Strategy for the 21st Century":**
  - *Preventing Emerging Infectious Diseases*
  - ***Antimicrobial Resistance***
  - ***Foodborne*** *and* ***Waterborne*** *Diseases*
  - *Vector-borne and* ***Zoonotic Diseases*** *- H5N1 & H9N2*
  - *Disease Transmitted Through* ***Blood Transfusions*** *or Blood Products*
  - ***Chronic Disease Caused by infectious agents***
  - ***Vaccine*** *Development and Use*
  - *Diseases of People with Impaired Host Defenses (HIV, transplants, elderly)*
  - *Diseases of Pregnant Women and Newborns*
  - *Diseases of Travelers, Immigrants and Refugees*

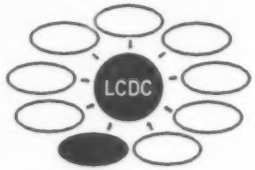
# *The Changing Environment*
## *- Outcomes Management*

- **Treasury Board Secretariat**
  - ↳ *"In 1995, the President in chapter 1 of his report to Parliament stated the government's commitment to '**a management culture that is fact-based**, results-oriented, open and accountable' "*
  - ↳ *"Our strategy is to focus attention on clear commitments to results and to **involve program delivery and policy managers in measuring performance**"*

# *The Changing Environment*

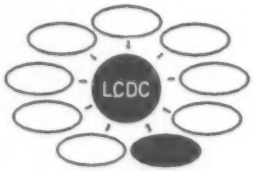


# *The Changing Environment*
## *- Outcomes Management*




- **LCDC' surveillance framework is the Department's key tool for outcomes measurement**
  - LCDC surveillance can:
    - *evaluate the effectiveness of Health Canada public health programs, e.g., tobacco, food, diabetes, cancer, blood*
    - *highlight where program goals and objectives are not clear or may no longer be relevant*

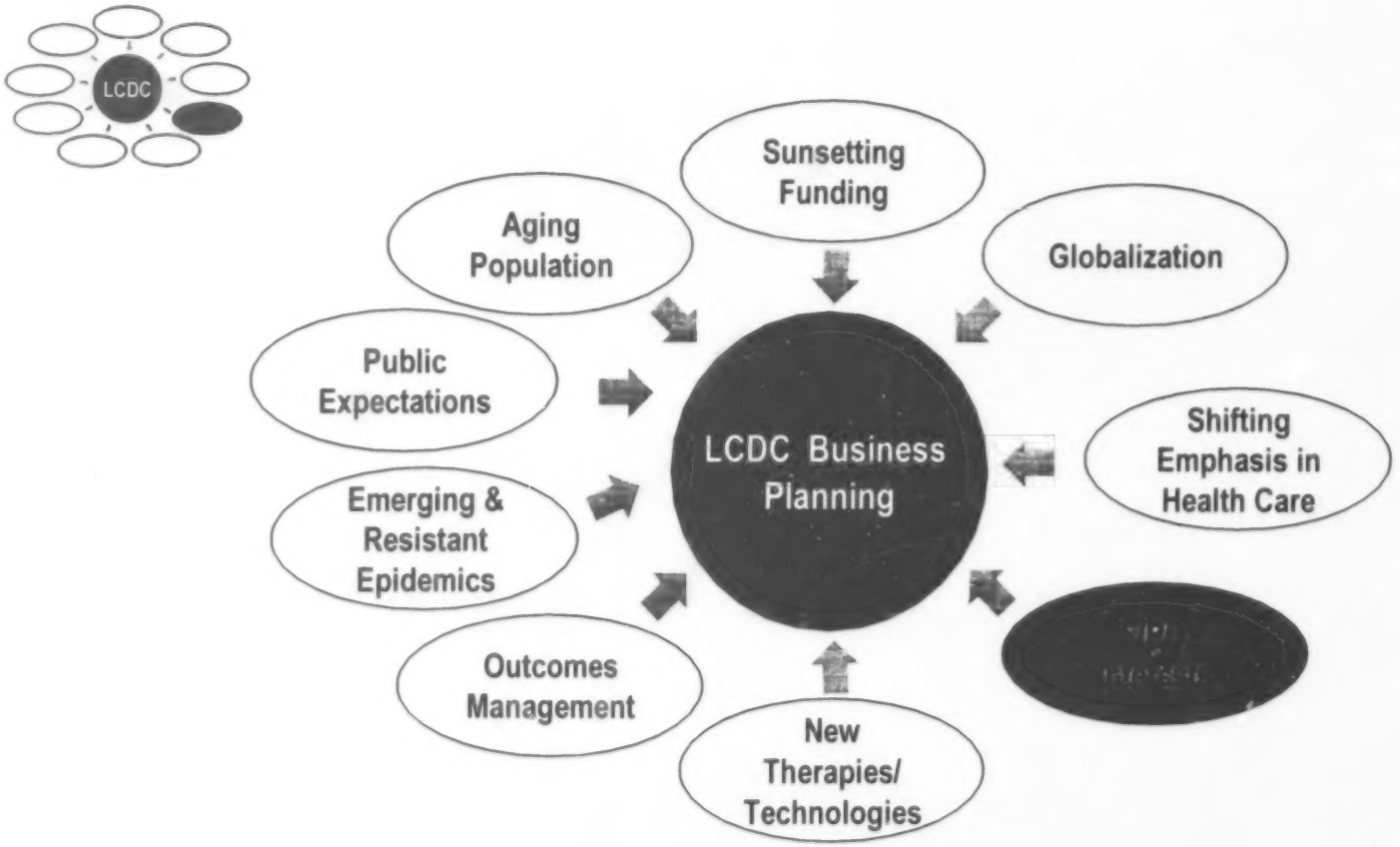
# *The Changing Environment*
## *- Therapies / Technologies*



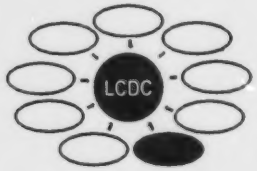

- **Research and development of new disease therapies/technologies tend to be led by industry**

- **US drugs in the pipeline:**
  - ↳ infectious diseases: 796
  - ↳ chronic disease: 1,445

# *The Changing Environment*

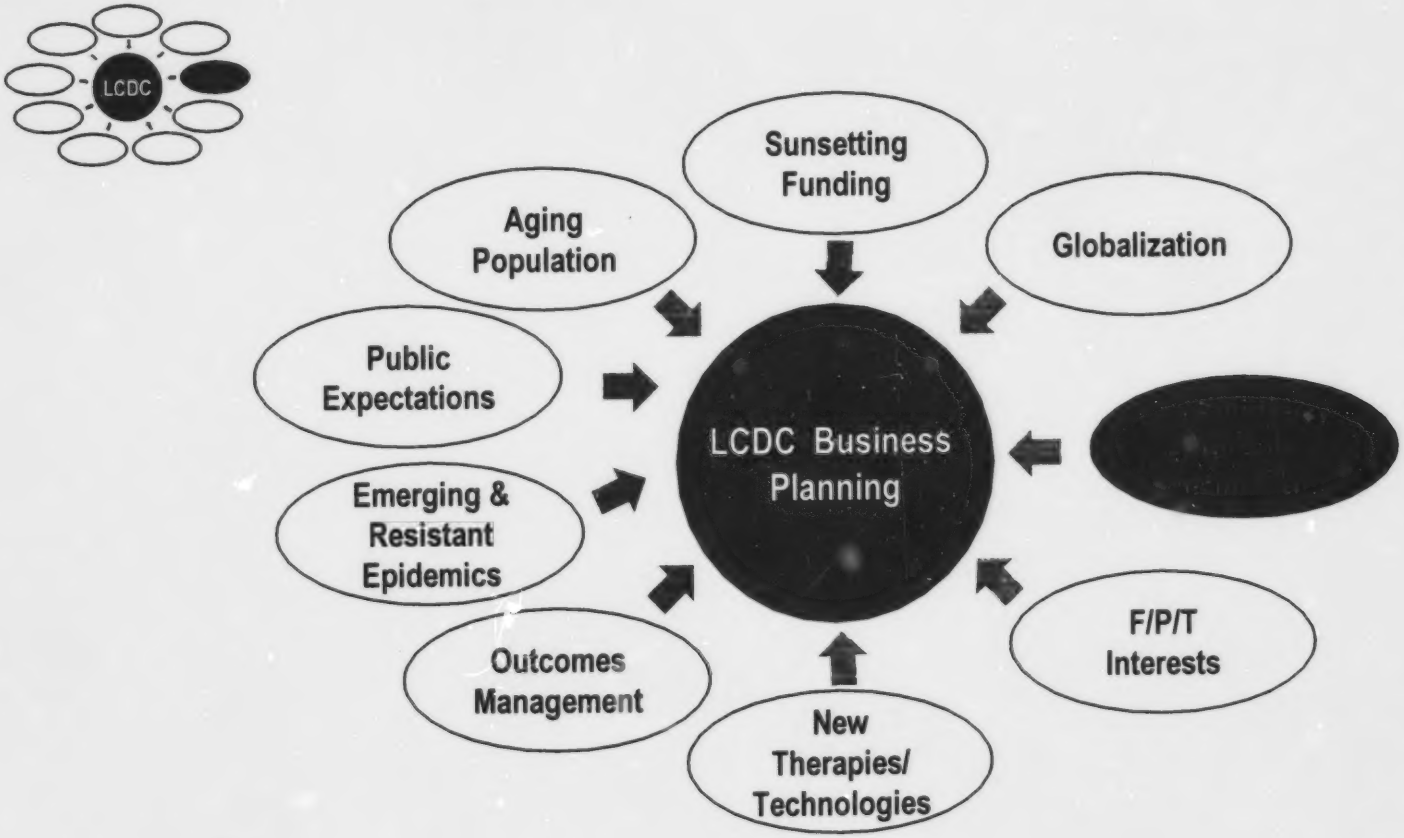


# *The Changing Environment*
## *- Therapies / Technologies*

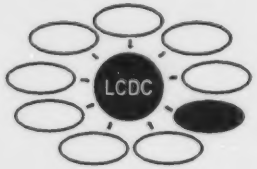



- **High probability in next five years of introduction of new technologies relating to:**
  - genetic diagnostics *(gene sequencing for surveillance)*
  - medical imaging *(screening for prevention thus altering disease distribution)*
  - engineered tissues and organs *(efficacy and adverse reactions)*
  - computer aided diagnosis *(screening for prevention thus altering disease distribution)*
  - non-implanted sensory aids *(screening for prevention thus altering disease distribution)*
  - infection control devices *(efficacy and adverse reactions)*

# *The Changing Environment*

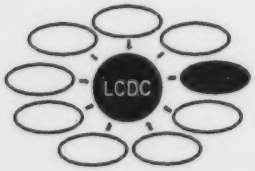


# *The Changing Environment*
## *- F/P/T Interests*




- **Growing P/T support at DM level for federal government to become more involved in public health** ***(DM BC, August 1998)***
- **Eroding Public Health infrastructure**
- **Increasing demands for action by stakeholders and partners in disease control and prevention**
- **Increasing sensitivity to legal/financial liabilities**
- **Potential new partnerships include:**
  - ↳ *Provinces/Counties/Municipalities*
  - ↳ *Non-Governmental Organizations*
  - ↳ *CIHI*
  - ↳ *Professional Medical Associations*
  - ↳ *International community*

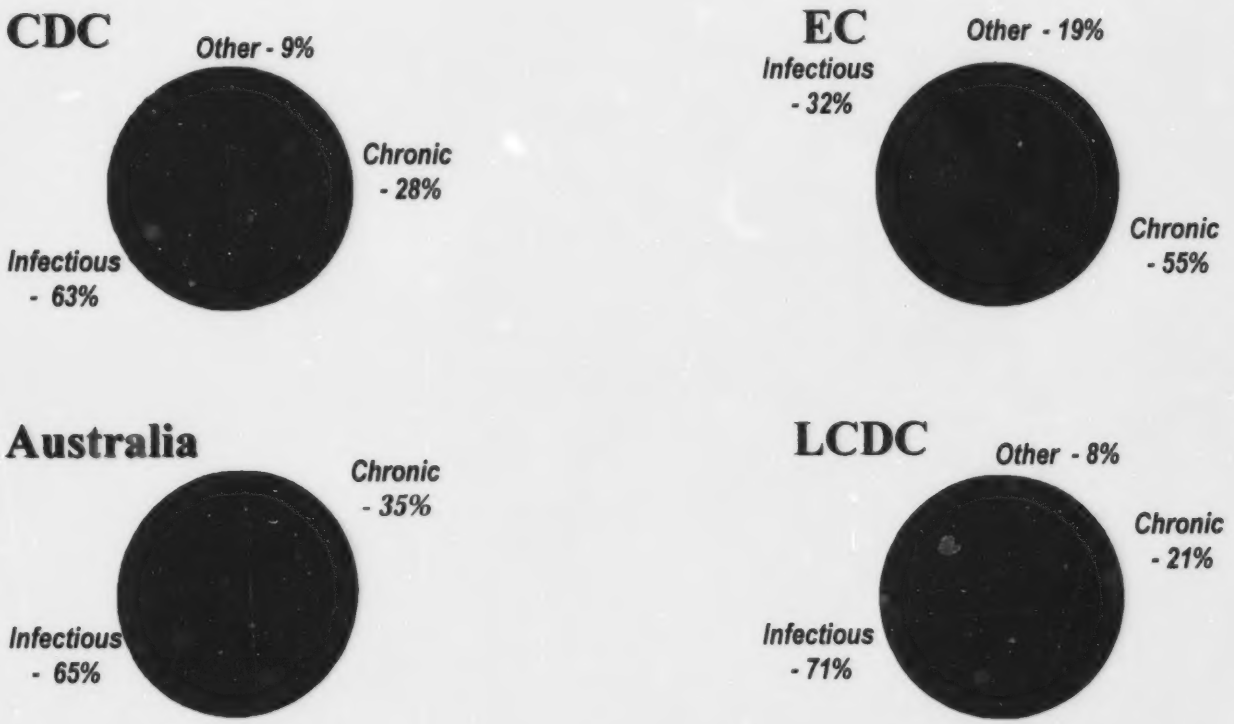
# *The Changing Environment*
## *- Shifting Emphasis in Health Care*



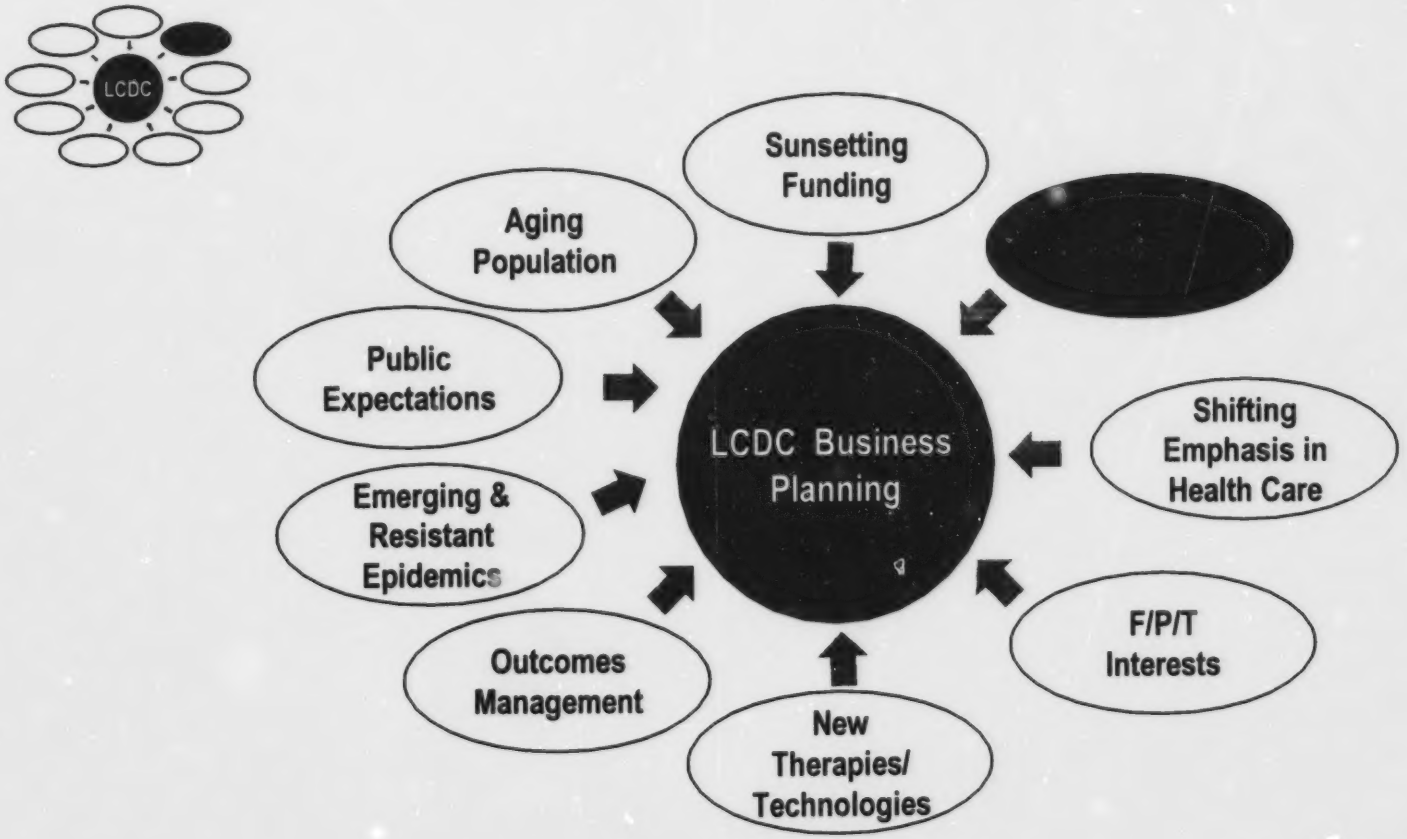

| From | | To |
|---|---|---|
| Acute Care | → | Chronic Care/ Care Management |
| Managing Diseases | → | Managing Health |
| Hospital-based Care | → | Integrated System Care |
| Regional Environment | → | Global Environment |
| Centralized Patient Management | → | Localized Care Management |
| Provider Driven | → | Patient Focus |
| Politically Driven Priority Setting | → | Evidence Based Priority Setting |

# *The Changing Environment*
## *- Shifting Emphasis in Health Care*

Shifting Emphasis for Surveillance



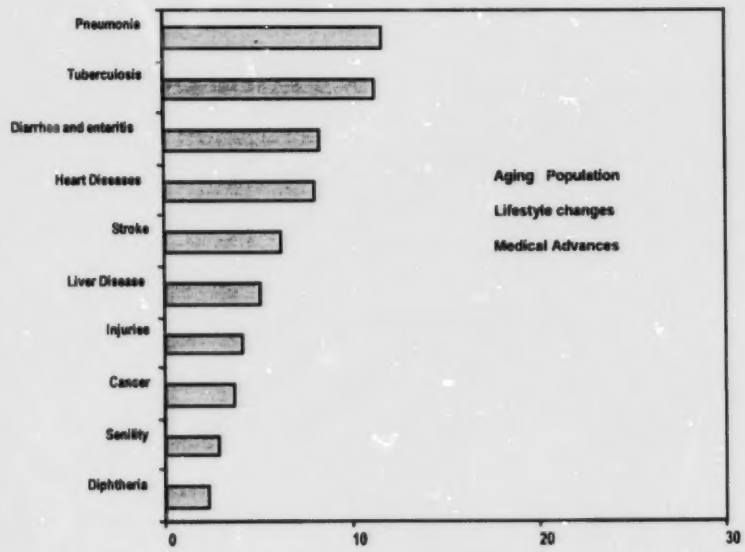
# *The Changing Environment*



# *The Changing Environment*
## *- Shifting Emphasis in Health Care*

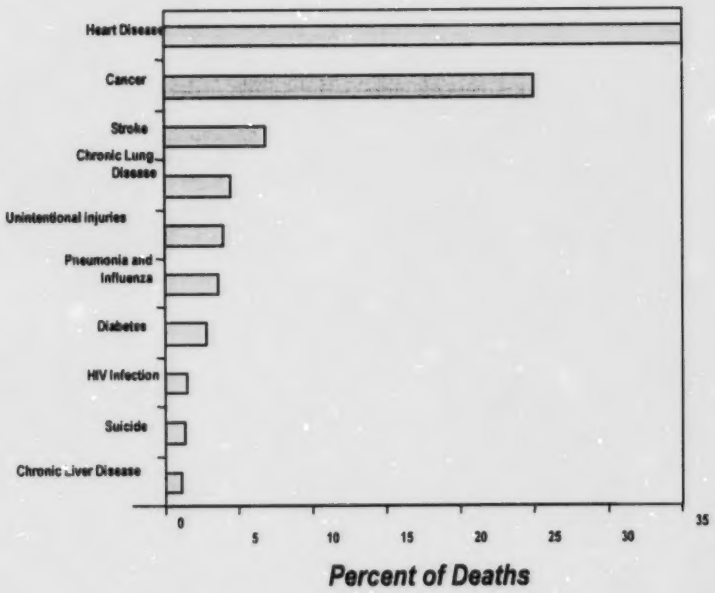
**1900**
**Core Charter**

Infectious Disease Control

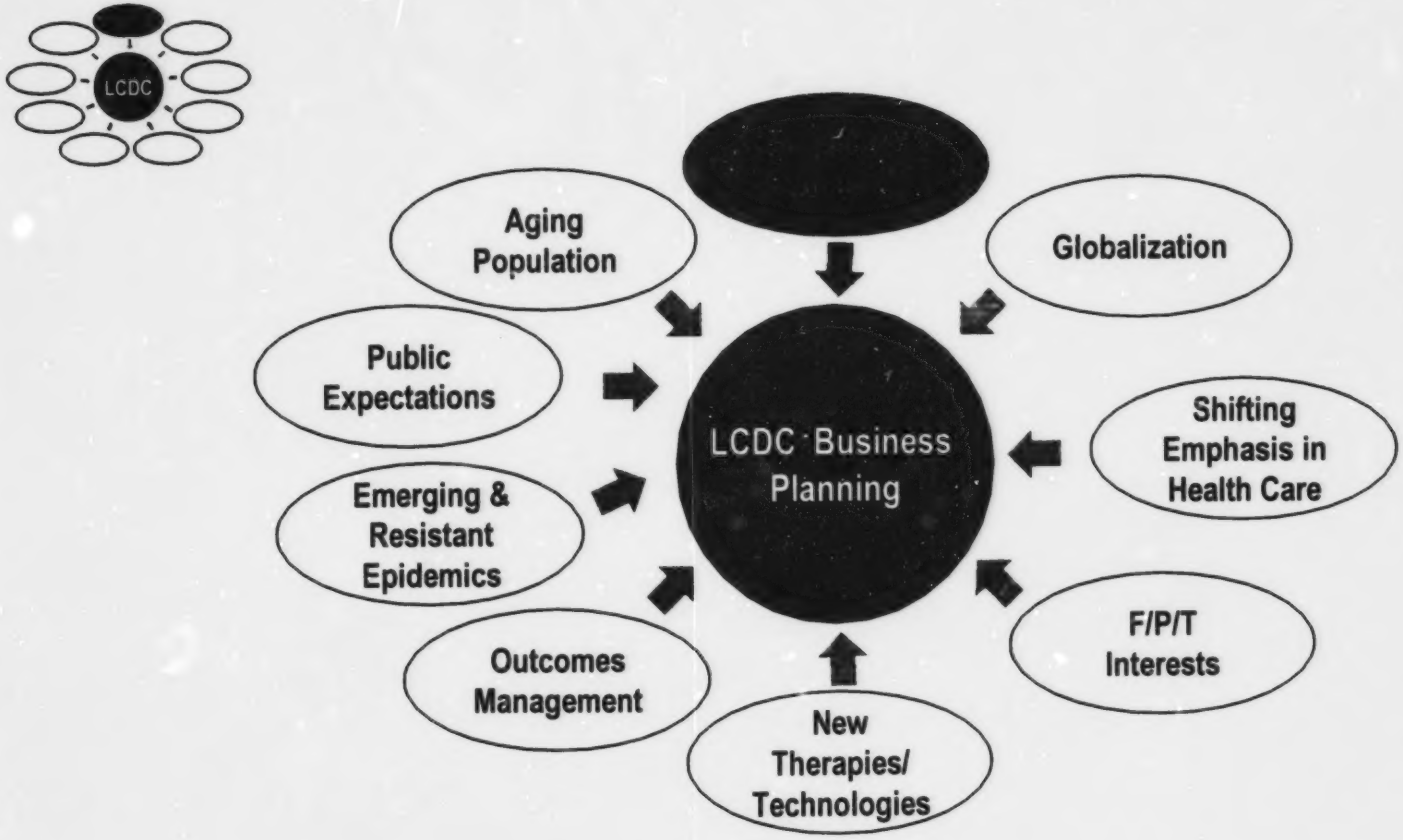



**1996**
**New Charter**

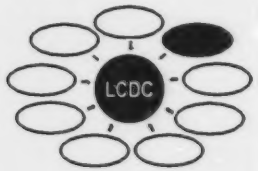
Infectious and Chronic Disease Control and Prevention



# *The Changing Environment*



# *The Changing Environment*
## *- Globalization*




- **Issues**
  - **infectious diseases: an epidemic is only one flight away**
  - **food supply has become global**
    - *differing regulatory regimes*
  - **environmental degradation spans borders**

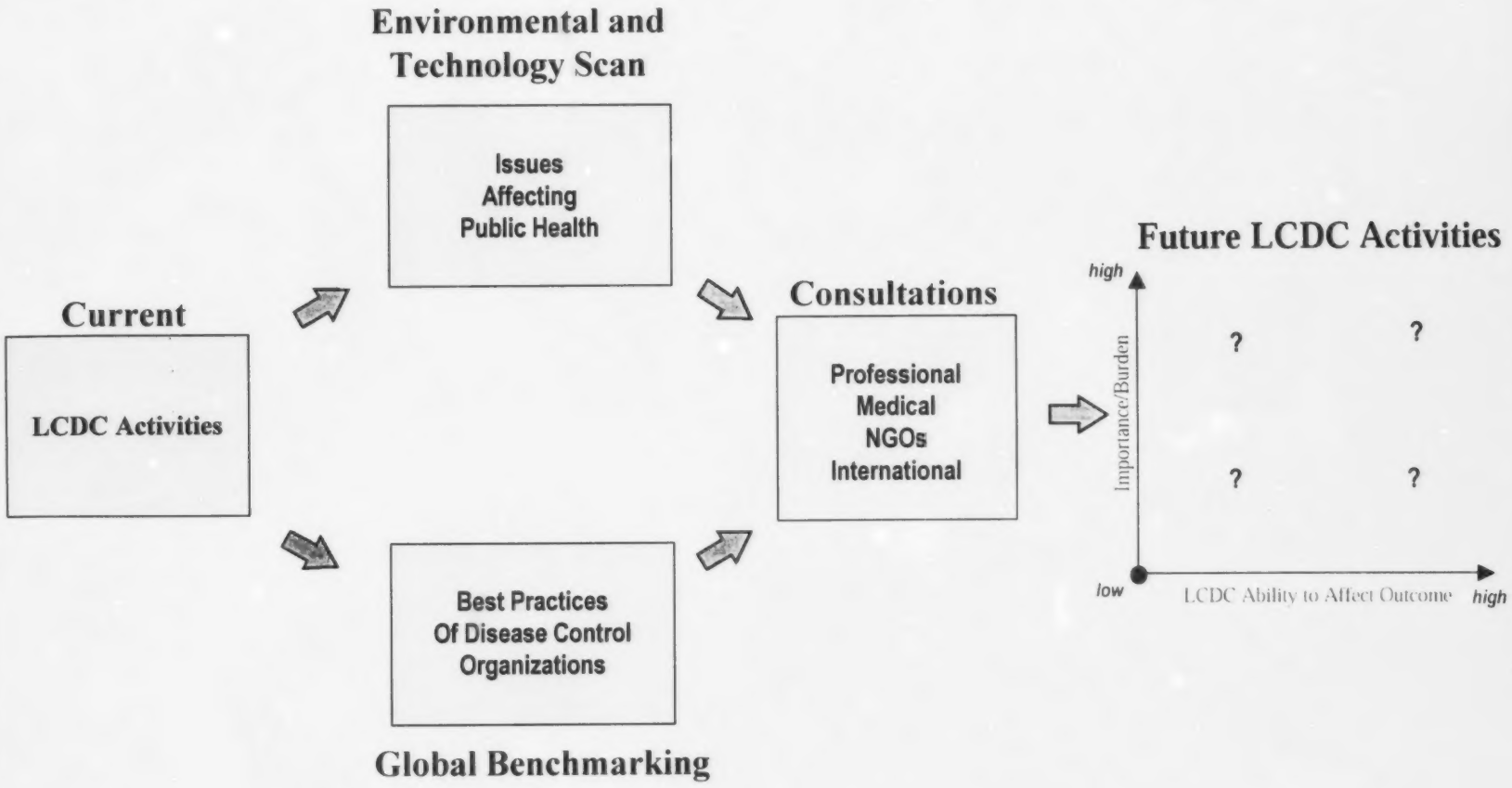
- **Solutions**
  - **national/continental/global surveillance, providing evidence for action and evaluation of outcomes**

# The Way Ahead

# *Moving to the Future*

- **How will LCDC set future priorities?**
  - ↳ **environmental scan**
  - ↳ **international benchmarking**
  - ↳ **external consultations** ***(professional and NGO)***
  - ↳ **International Advisory Committee**
  - ↳ **internal consultation process to improve consistency with government priorities**

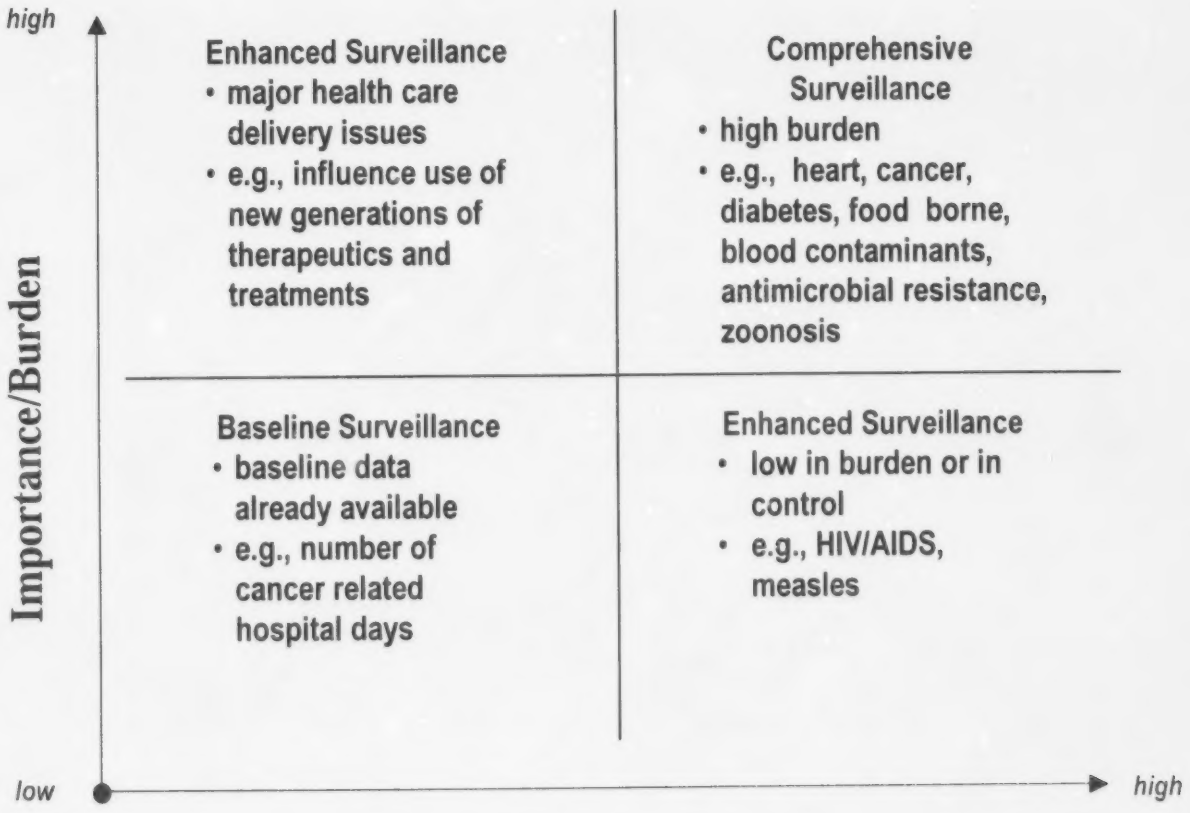
# *Moving to the Future*



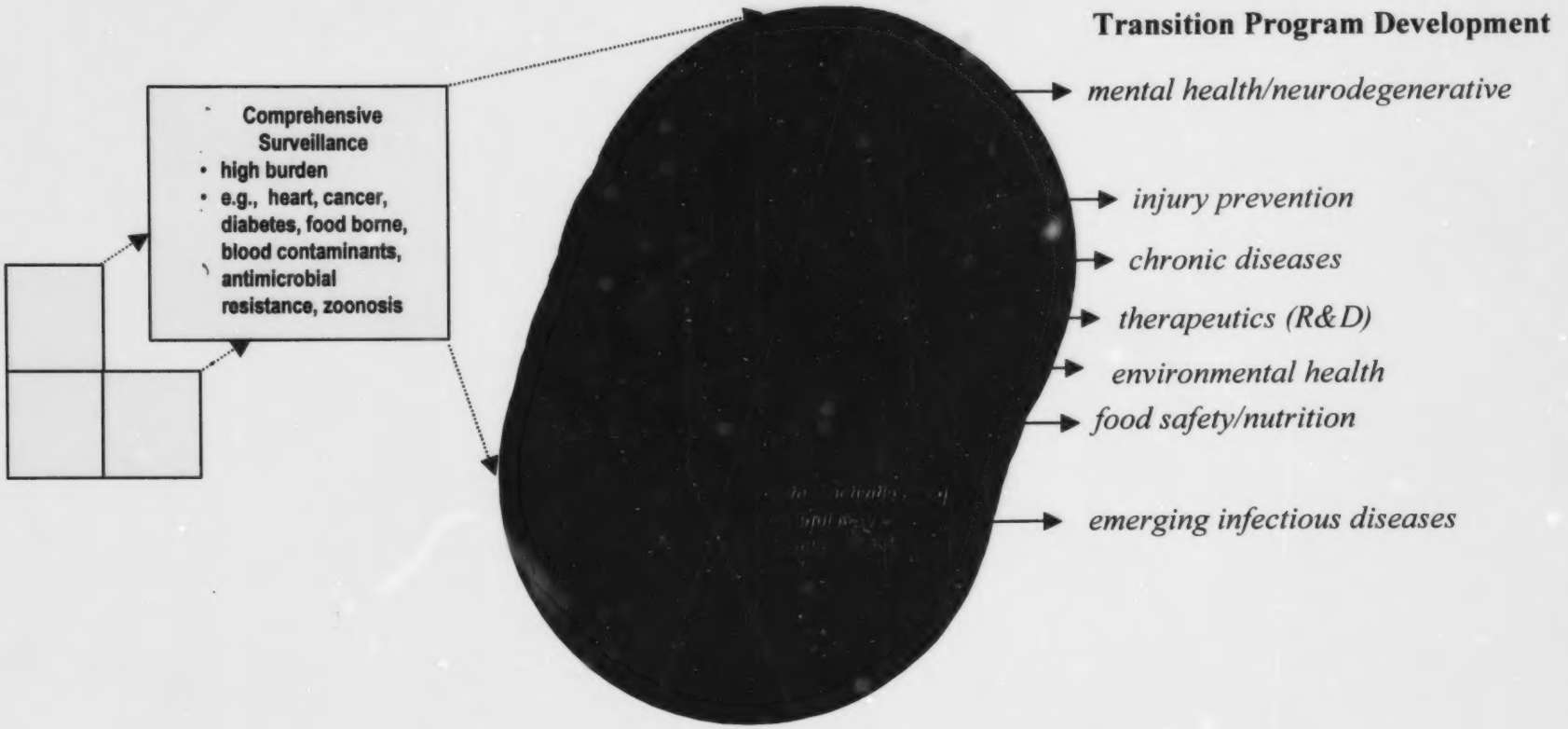
# *Proposed Priorities for Consultation Process*

| | *Priorities* | *Collaborators* |
|---|---|---|
| **Infectious Disease** | – National HIV/AIDS<br>– Pandemic Flu<br>– Antimicrobial Resistance<br>– Food Safety<br>– Blood Safety<br>– Bioterrorism | CIHI/Stats Can<br>F/P/T<br>PAHO<br>CDC<br>NGO's |
| **Chronic Disease** | – Cancer coalition<br>– Cardio-vascular coalition<br>– Diabetes coalition<br>– Asthma coalition<br>– Arthritis coalition | CIHI/Stats Can<br>F/P/T<br>PAHO<br>CDC<br>NGO's |
| **Cross-cutting Issues** | – Women's health<br>– Age specific<br>– Smoking<br>– Cultural<br>– Risk Behaviours<br>– Obesity | CIHI/Stats Can<br>F/P/T<br>PAHO<br>CDC<br>NGO's |

# *Proposed Priorities for Further Consultations*



# *Moving to the Future*



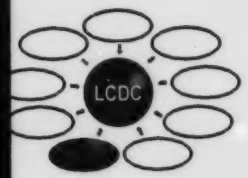
# *International Consultations*

## International Advisory Committee Members

| | |
|---|---|
| Harrison C. Spencer | School of Hygiene & Tropical Medicine: London, England |
| Dr. Lindsay Martinez | Director, Communicable Disease Surveillance & Response WHO |
| Dr. Dara Murphy | Director, National Centre for Chronic Disease Prevention CDC |
| Dr. Christopher Murray | Centre for Population & Development Studies Harvard |
| Dr. William G. Weissert | Chair, Department of Management & Policy, School of Public Health |
| Dr. Johan Giesecke | Director, Department of Epidemiology, Swedish Institute of Infectious Disease Control |
| Dr. Stephen Corber | Director, Pan American Health Organization |
| Ms. Liz Furler | First Assistant Secretary Population Health Division Australia |
| Dr. James M. Hughes | Director, National Centre for Infectious Disease Control CDC |
| Dr. Chris Bartlett | Director, Communicable Disease Surveillance Centre: London, England |

# So What?

# *Future Focus - LCDC Surveillance*




| | BASELINE | ENHANCED | COMPREHENSIVE |
|---|---|---|---|
| Cardiovascular | | | |
| Musculoskeletal | | | |
| Injuries | | | |
| Cancer | | | |
| Respiratory | | | |
| Nervous System/Sense | | | |
| Mental Disorders | | | |
| Digestive | | | |
| Endocrine and Related | | | |
| Genitourinary | | | |
| Infectious/Parasitic | | | |
| Skin and Related | | | |
| Perinatal Conditions | | | |
| Birth Defects | | | |
| Blood Diseases | | | |
| Others (e.g. PRION, etc) | | | |

# *So What?*

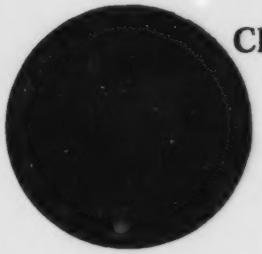
| **Status Quo** | **What we propose...** |
| --- | --- |
| ↳ many programs (e.g. HPPB) do not use the surveillance data | ↳ use of surveillance data for program initiation and evaluation is essential |
| ↳ disconnected surveillance activities with independent budgetary/administrative controls | ↳ integrated management framework |
| ↳ surveillance emphasis skewed towards infectious diseases | ↳ re-balance focus towards increasing emphasis on chronic diseases |
| ↳ incomplete accountability framework with no risk management focus | ↳ formalized accountabilities framework within a risk management process |
| ↳ sunsetting budget ($46m to $36m) | ↳ stabilized, longer term funding |
| ↳ Winnipeg Labs<br>↳ *move and set-up*<br>↳ *funding reduction for FY 98/99 of $2m* | ↳ tighter integration of laboratory and epidemiology |
| ↳ extensive but fragmented partnership framework | ↳ integrated partnership management |
| ↳ emphasis on process, not public health outcomes | ↳ emphasis on public health outcomes |
| ↳ no business plan - no long term surveillance strategy | ↳ both chronic and infectious diseases strategies |

# *Future Focus - LCDC Budget*

## FY 1999/00 → FY 2004/05

### FY 1999/00

Other - 8%



**Chronic Diseases - 21%**

- *Cancer*
- *Cardio-vascular*
- *Diabetes*
- *Child and Reproductive*

**Infectious Diseases - 71%**

- *HIV/AIDs*
- *Blood Borne*
- *Food Borne*
- *Nosocomial*
- *STDs, TB*
- *Antimicrobial Resistance*

### FY 2004/05

**Cross Cutting Issues**

Other - 8%

- *Women's health*
- *Age specific*
- *Smoking*
- *Cultural*
- *Risk Behaviours*
- *Obesity*

**Infectious Diseases Strategy - 51%**

- *National HIV/AIDS*
- *Pandemic Flu*
- *Antimicrobial Resistance*
- *Food Safety*
- *Blood Safety*
- *Bioterrorism*
- *Emergency Response Coordination & Planning*
- *Quarantine activities*
- *Field Epidemiology*
- *Biosafety*

**Chronic Diseases Strategy - 41%**

- *Cancer coalition*
- *Cardio-vascular coalition*
- *Diabetes coalition*
- *Asthma coalition*
- *Arthritis coalition*

Health Canada Santé Canada

**Appendix J**

# *Science Advisory Board*

Ian Shugart, Visiting ADM

HPB Transition

May 19, 1999

# WHAT ARE WE SEEKING TO DO?

- improved process – especially precautionary principle; information; public involvement
- improvements in use of the process
- reflect in legislation
- better communicate process
- seek compatible processes with partners – e.g. provinces; CFIA: Environment Canada

# WHAT VEHICLES ARE WE USING?

- refinement, re-articulation of the Risk Management Framework
- extensive work with staff – using prions, screening of migrants as "case studies"
- direct linkage to Legislative Renewal (as discussed yesterday)
- discussion paper – risk decision-making at the core; add science, surveillance and programs to the context
- government-wide exercise on risk management; reports to Deputy Ministers

# RISK MANAGEMENT DECISIONS MUST REFLECT THESE PRINCIPLES:

## HEALTH CANADA MUST:

- NOT await scientific certainty before taking action to reduce risk
- act at all times at arm's length from the organizations being regulated
- NOT delegate functions to others, nor rely on consensus decision-making as a substitute for independent judgement
- NOT rely solely on manufacturers for information, etc., but must have access to independent scientific information and advice
- NOT assume a passive or responsive role or rest on voluntary compliance to protect Canadians

# THE RISK MANAGEMENT PROCESS DEMANDS:

- clear accountability statements and understanding
- increased capacity for communication and public involvement
- discipline in following the process and documenting decisions and reasons

# HOW DOES RISK DECISION-MAKING RELATE TO OUR PROGRAM DEVELOPMENT?

Krever reminded: "...single most important factor determining whether a regulator will perform its functions adequately is whether it is given sufficient resources to do so."

- Program Development is about a *rational basis for designing* and adapting programs, and a *focused investment in program capacity*
- our program model, and the risk management framework seek to base decisions and activities on evidence

# HOW DOES RISK DECISION-MAKING RELATE TO OUR PROGRAM DEVELOPMENT?

- appropriate capacity is needed in:
  - the knowledge base to identify real and potential problems (surveillance and research)
  - the science base to do risk assessment (surveillance and research)
  - using knowledge for good decisions (policy)
  - implementing decisions by taking appropriate actions (interventions)
  - measuring where possible the effect of actions (outcomes)

# THE EUROPEAN USE OF THE PRECAUTIONARY PRINCIPLE:

1. start with an objective risk assessment identifying the degree of ... certainty at each stage

2. relevant stakeholders should be involved in the decision to study the... options once the results of the risk assessment are available .....transparent as possible

3. measures must include an assessment of advantages and disadvantages ...reduce risk to a level that is acceptable to all stakeholders

# THE EUROPEAN USE OF THE PRECAUTIONARY PRINCIPLE:

4. measures must establish responsibility for furnishing scientific evidence required for a full risk assessment

5. measures must always be of a provisional nature, pending.....performance of further risk assessment

6. measures.....proportionate to the risk which is to be limited or eliminated

# SOME GENERAL NOTIONS ABOUT THE PRECAUTIONARY PRINCIPLE:

- is not the same as risk management, but is consistent with it
- is not the same as duty of care, but depends on it, and often supplements it
- is not a substitute for evidence, but indeed requires reasonable grounds in order to be "triggered"
- places greater onus on the decision-making function than on the assessment function
- can have varying scale of impact (think of a product withdrawal or actions taken to address climate change)
- no clearly agreed international definition, but enough consensus to make it real

# SOME DEFINITIONS

THE RIO DECLARATION (1992):

"In order to protect the environment, the precautionary ***approach*** shall be widely applied by States according to their capabilities. Where there are threats of ***serious or irreversible*** damage, lack of full scientific certainty shall not be used as a reason for *postponing* **cost-effective** measures to prevent environmental degradation"

# SOME DEFINITIONS

EUROPEAN COURT OF JUSTICE RULING ON BAN OF UK BEEF (BSE):

"Where there is uncertainty as to the ***existence or extent*** of risks to human health, the Commission may take protective measures without having to wait until the ***reality and seriousness*** of those risks become apparent"

# SOME DEFINITIONS

KREVER COMMISSION:

"...action to ***reduce*** risk should not await scientific certainty. When there was ***reasonable evidence*** that serious infectious diseases could be transmitted by blood, ...refrained from taking ***essential preventive*** measures until ***causation*** had been proved with scientific certainty"

# SOME DEFINITIONS

FISHERIES RESOURCE CONSERVATION COUNCIL (1997) CONSERVATION FRAMEWORK:

"[the Council] urges fisheries conservation approaches that are ***prudent*** and holds that it should not be necessary to await ***final scientific analysis*** before taking conservation measures. It should be enough, that, on the ***balance*** of evidence, ***it makes sense*** to take action"

# IMPLICATIONS FOR GOVERNMENT

1. A standard of action is imposed by the precautionary principle
2. Implies the capacity to act
3. Implies an obligation to assess capacity to act
4. May involve resource allocation
5. Requires close attention to the process of decision making
6. Scientific assessment – and decision making – are not finished after precautionary measures have been taken

# REPORT OF THE THIRD MEETING OF 1999

# RAPPORT DE LA TROISIÈME RÉUNION de1999

## SCIENCE ADVISORY BOARD

## LE CONSEIL CONSULTATIF DES SCIENCES

**May 18-19, 1999**

**les 18 et 19 mai 1999**

**Health Canada**
**Mai 1999**

**Santé Canada**
**mai 1999**

**Note:** Contents of the Meeting Report are a reflection of the discussions of the May 18-19, 1999 Science Advisory Board Meeting. The points contained in this document are those of the Science Advisory Board and do not necessarily reflect the views of Health Canada and its employees./ Le contenu du présent rapport est le reflet des discussions de la réunion du Conseil consultatif des sciences tenue les 18 et 19 mai 1999. Les points de vue qui y sont exprimés sont ceux du Conseil consultatif des sciences et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada et de ses employés.

**Conclusions of the May 18-19, 1999 meeting**

3.1 Members noted that the creation of an Office of Natural Health Products and an Office of Consumer Affairs and Public Involvement reflects the needs and expectations of the Canadian public, supports the attainment of the Branch's mandate and is consistent with their advice to the Minister.

3.2 The Board concluded that the legislative renewal initiative is proceeding in the appropriate direction to ensure that health and safety are the first priority in decision making for the federal government; that public trust in the role of government would be bolstered by increased transparency and public involvement; that accountabilities of the Minister of Health and other contributors should be clearly delineated in support of the health of Canadians; and, that the legislative mandate should be modernized in keeping with these principles.

3.3 Members recommended that the Department monitor developments relating to Bill C-54, proposed legislation concerning the protection of information, in particular with regard to repercussions on the future direction of public health information networks.

3.4 With regards to a Pilot Project on External Peer Review in partnership with the Medical Research Council, the Board generally endorsed the directions proposed and recommended that HPB proceed with development and implementation.

3.5 Members received a draft paper from a Working Group of HPB Scientists on Conflict of Interest and provided several comments for recommended improvement. (Refer to the text of the Report)

3.6 The Board concurred with the advice of its Committee on potential linkages between the HPB and the Canadian Institutes of Health Research, in particular on various forms of linkages between HPB activities and the Institutes. The Board strongly endorses close collaboration between HPB and the Institutes in support of its public health mandate. On behalf of the Board, the Vice-Chair advised Minister Rock that innovative linkages between HPB science and the Institutes should continue to be explored and actively pursued when appropriate. (Refer to the text of the Report)

3.7 In support of a renewed science program, the Board considered and supported the thinking reflected in a model for a Centre of Expertise for Zoonoses/ Food Safety/Enteric Diseases in Health Canada.

3.8 The Board endorsed the Report of the Committee to study the drug review process within the Health Protection Branch, including objectives and deliverables. The Committee proposes to further define the scope of its study, pursue the analysis of the data submitted and table an interim Report at the September 1999 meeting and a final Report at the November 1999 meeting. The Board in its entirety will remain closely involved with the study.

3.9 With regard to advice from HPB scientists, Members commented on the relevance of the submissions and concluded that the Chief Scientist, when appointed, should carefully review this information. In the interim, HPB should address pertinent issues within its programmes' mandate.

3.10 The Board strongly endorsed the directions taken in the national Surveillance initiatives and recommended that the Transition Surveillance team obtain the concurrence of the Federal/Provincial/Territorial Deputy Ministers at their June 1999 meeting. The Board recommended that the Branch establish a permanent management structure to promote stability and continued implementation at the national level.

3.11 Members were supportive of the directions taken in the development of programs for environmental health and for chronic diseases. They noted that a systematic approach, defining the qualitative and the quantitative aspects of management of the programs and clearly outlining the linkages with other contributors (such as, Provincial/municipal agencies, health professional associations) should be developed and presented at subsequent meetings of the Board.

3.12 Members recommended that the Branch proceed with drafting a consultation document on risk decision making.

3.13 Members agreed to advise the Secretariat of their intentions with regards to their membership on the Board.

**Meeting Notes**[1]

3.01 The Chair opened the meeting and invited comments on the **Report of the March 1999 Science Advisory Board meeting**

***3.01.02 Conclusion:***

***Members agreed with the draft Report, with minor revisions.***

3.02 Current activities in the federal government which impact on the Health Protection Programme were discussed, including the activities and reports of the Office of the Auditor General, House and Parliamentary Committee activities, the proposed new Food bill, Minister Rock's decision to establish an Office of Natural Health Products, the progress of the Council of Science and Technology Advisors, the status of the proposed Office of Consumer Affairs and Public Involvement in HPB.

3.02.02 Members comments centered on related concepts:

- The primary authority and responsibilities of the Minister of Health with regards to safe and nutritious food for Canadians.

- The strong support for on-going information exchange and wider involvement expressed during consultation sessions with consumer advocacy groups on the establishment of an Office for Consumer Affairs and Public Involvement.

- The activities of Health Canada and the Department of National Defence with regards to the use of therapeutic products by National Defence staff and the extent of current Health Canada interventions in clinical trials as a whole.

***3.02.03 Conclusion:***

***Members noted that the creation of an Office of Natural Health Products and an Office of Consumer Affairs and Public Involvement reflects the needs and expectations of the Canadian public, supports the attainment of the Branch's mandate and is consistent with their advice to the Minister.***

3.03 **Legislative Renewal** Mario Simard discussed a general overview of the legislative framework, specifically the guiding principles. The objective of the discussion was to familiarize the Board with the overall policy direction of the future legislation and to initiate a dialogue on the proposed policy statements.

3.03.02 Members comments centered on related concepts:

- The relevance of ethics and prevailing societal values in decision making on health issues and the need for public policy development in this regard.

---

[1]Text shown in bold italic represents recommendations, conclusions, follow-up activities and decisions of the Board.

- The leadership role of Health Canada legislation in relation to other federal statutes and the need to ensure that accountability is clearly delineated. (In this regard, the current project incorporates several improvements).

- The need for public engagement and transparency in introducing new legislation which will ultimately consolidate and strengthen the health protection mandate of Health Canada.

- The inherent dependency and inter-connectivity between risk assessment and risk management in decision making to protect public health, the primary objective of the renewed legislation.

- The need for readily accessible information for "informed" choices by individuals.

***3.03.03 Conclusions:***

***The Board concluded that the legislative renewal initiative is proceeding in the appropriate direction to ensure that health and safety are the first priority in decision making for the federal government; that public trust in the role of government is bolstered by increased transparency and public involvement; that accountabilities of the Minister of Health and other contributors are clearly delineated in support of the health of Canadians; and, that the legislative mandate is modernized in keeping with these premises.***

**3.03.04 Recommendation:**

***Members recommended that the Department monitor developments relating to Bill C-54, proposed legislation concerning the protection of information, in particular with regard to repercussions on the future direction of public health information networks.***

3.04 Ian Shugart provided background information about a **Peer Review Paper**. Members had received a discussion document on proposals for a Pilot Project to undertake External Peer Review in partnership with the Medical Research Council (MRC). The purpose of the discussion was to obtain the views of the Board on the directions proposed.

3.04.02 Members discussion centered on related concepts:

- The benefits inherent in pilot projects to test venues and protocols of peer review.
- Participation by scientists not involved in the federal government, for example, industry scientists, should not be excluded even though there may be challenges with regard to conflict of interest.

***3.04.03 Conclusion:***

***With regards to a Pilot Project on External Peer Review in partnership with the Medical Research Council, the Board generally endorsed the directions proposed and recommended that HPB proceed with development and implementation.***

3.05 **Policy discussions on Partnerships and Alliances, Conflict of Interest and Priority Setting and Resource Allocations**. The purpose of the discussion was to advise Members of progress to date and to seek guidance or endorsement in principle on directions taken.

3.05.02 With regard to the paper on **Conflict of Interest**, Members considered that a clearer enunciation of the guiding principles and responsibilities/ accountabilities of all levels of decision makers is a requisite. Issues such as how to deal with external advisors when they represent the sole source of reliable and current expertise must be clearly defined. They also provided comments to enhance the clarity and cohesiveness of the proposed policy.

***3.05.03 Recommendation:***

***The Board recommended that the Branch pursue some important issues in the development of these policies, such as:***

- ***clarify the unique imperative of the Health Protection Branch in conducting research solely for the public good (that is without the influence of economic gain);***
- ***enunciate the ethical principles which should guide the conduct of science within this environment, in particular, the delineation of relationships with external advisors; and,***
- ***establish institutional processes to address and resolve contentious situations.***

3.06.01 **Canadian Institutes of Health Research (CIHR)** Yves Morin, chair of the Science Advisory Board committee on HPB-CIHR collaboration, provided Members with an update of actions to date and next steps (refer to Appendix C). The purpose of the discussion was to provide information on progress to date and to reach consensus on advice to the Minister.

3.06.02 Members comments centered on related concepts, such as:

- The unique opportunity for transformative approaches to health research afforded by the creation of institutes must be captured and fully developed. HPB, given its unique and broad public health mandate, could have a catalyst role for integrating health sciences as institute models evolve.
- Policies on issues such as conflict of interest and intellectual property and their relevance within HPB need to be addressed prior to partnerships and

collaborative mechanisms being implemented.

**3.06.03 Conclusion:**

***The Board concurred with the advice of its Committee on potential linkages between the HPB and the Canadian Institutes of Health Research, in particular on various forms of linkages between HPB activities and the Institutes. The Board strongly endorsed close collaboration between HPB and the Institutes in support of its public health mandate.***

**3.06.04 Recommendations:**

***On behalf of the Board, the following advice was forwarded to the Minister of Health by the Vice-Chair, Dr. Yves Morin:***

***"At its March 1999 meeting, the Science Advisory Board expressed its recognition for the enhancements to the Health Protection Branch's (HPB) programs through the 1999 federal budget and was unanimously of the view that the establishment of the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) constitutes an opportunity for collaboration between HPB and the new Institutes. Consequently, a Committee was established to explore and support collaborative research opportunities. I chair this Committee and members include Dr. Gabriel Plaa and Dr. John Millar.***

***One of the Committee's objectives was to explore how the CIHR opportunity could be seized and built into HPB's development of a renewed science platform. HPB Transition has, from the beginning, been promoting and developing the concept that formal linkages should be established between HPB science and outside (especially academic) agencies.***

***At the May 1999 Science Advisory Board meeting, the Committee tabled its conclusion that there should be close association between HPB and the new Institutes. The Board supported this conclusion and endorsed the premise that HPB association with CIHR could work at four levels:***

1. ***Participation in the governance of certain Institutes where HPB's functional role in a particular field is of substantial significance, where HPB has something unique to offer or where key public health needs can be met through net working;***

2. ***Research proposals development and funding within an individual Institute to provide HPB with specific scientific knowledge to fulfill its mandate;***

3. ***Expansion of the access to Canadian health researchers to government infrastructure, such as the LCDC Winnipeg Lab; and,***

4. ***Participation of HPB scientists as Institutes members to be encouraged, by meeting the same standards of peer review through application of regular investigator-driven research proposals.***

***The Board recognized that HPB's membership in Institutes will necessarily have to be in keeping with decisions made about CIHR governance overall and in regard to individual institutes. Further, it recognized that mechanisms for collaboration must consider that, as a public authority, HPB has particular accountabilities and specific mandates. Policies for conflict of interest and intellectual property must be in place prior to HPB-CIHR collaboration and be compatible to both partners.***"

3.07.01 **Zoonotics and Enterics Network** : The Board heard a presentation by Dr. Mohamed Karmali on this science pilot project, on its objectives, progress to date and future directions. Members had received the Final Report of the Science Platform Pilot Project group held in Toronto, March 10-11, 1999 and a report on the directions being taken in this endeavour were tabled at the meeting (refer to Appendix D). The purpose of the discussion was to review directions taken and provide advice or endorsement, as appropriate.

3.07.02 Members commented on the potential for transformative science provided by this network:

- Its influence could be widened to affect broad directions taken in many health research fields. For example, in the area of research on aging, the network could provide the incentive for innovative linkages between research on specific diseases, pathways of diseases and models of aging.

- A strong scientific base, management infrastructure, linkages between several science units (Health Canada, Universities and external health research) are key elements for energizing the integration of health research.

**3.07.02 <u>Recommendation</u>:**

***In support of a renewed science program, the Board considered and supported the thinking reflected in a model for a Centre of Expertise for Zoonoses/ Food Safety/Enteric Diseases in Health Canada.***

3.08 **The Drug Review Process** : Douglas Elliott, Chair of the SAB Committee reported to the Board on the Committee's progress to date, including the process which might be applied for the study of stakeholder submissions. For example, whether representatives from the respondents should be invited to make personal representations to the Board or Committee and the types of recommendations/conclusions which might be reached from the study, in general(refer to Appendix E).

3.08.02 Members comments centered on work to date:

- The Therapeutic Products Programme (TPP) has embarked on a comprehensive assessment of its drug review processes. The Committee should recognize this process, be informed in-depth about its progress and outcomes and consider this initiative in its reports. Ongoing communications with the TPP would be appropriate.

- Given the parameters which guide the work of the Board (mandate, work load, etc), Members should ensure that they focus on issues within the purview of the Board and delineate those areas on which it can reasonably provide constructive commentary.

- Committee Members should ensure that their discussions are informed with regards to the recommendations and implementation from previous DRP studies.

- The Board in its entirety is interested in hearing the views of any party. Any communications initiative should be defined prior to the September meeting to allow for the participation of Board members who wish to attend.

- As cost recovery is federal government policy, the Committee should determine what, if any, recommendations can be developed on the basis of their work. For example, it may wish to consider recommendations which address the handling of funds from the cost recovery process.

- From the information submitted by respondents, issues of public confidence in the drug review process and of generic versus innovative drug costs are the two major of importance to many Canadians. While the Committee may reach conclusions which address the first issue, the latter is not within its purview.

**3.08.03 <u>Conclusions:</u>**

***The Board endorsed the Report of the Committee to study the drug review process within the Health Protection Branch, including objectives and deliverables. The Committee proposes to further define the scope of its study, pursue the analysis of the data submitted and table an interim Report at the September 1999 meeting and a final Report at the November 1999 meeting. The Board in its entirety will remain closely involved with the study.***

3.09 **Accommodations and its relevance to good science and strong morale :**
Dr. Losos briefed on current issues/options and thoughts on future directions for accommodations of HPB researchers and staff, and the implications of each.

3.10 **Response to the HPB scientists opinions** :The purpose of this discussion was to provide an opportunity to identify issues related to the information provided and to reach consensus on follow-up strategies. Members had received a copy of responses, as well as a commentary by Board Members on the responses.

**3.10.02 Conclusion:**

***Members commented on the relevance of the submissions and concluded that the Chief Scientist, when appointed, should carefully review this information. In the interim, HPB should address pertinent issues within its programme's mandate.***

3.11 David Mowat, Director of the Transition Surveillance team, presented on the progress of **national Surveillance initiatives**. Material had been provided previously. The purpose of the discussion was to provide an overview of key initiatives within this project, including an overview of interested parties feed-back to date and proposed steps (refer to Appendix F).

**3.11.02 Recommendation:**

***The Board strongly endorsed the directions taken in the national Surveillance initiatives and recommended that the Transition Surveillance team obtain the concurrence of the Federal/Provincial/Territorial Deputy Ministers at their June 1999 meeting. The Board recommended that the Branch establish a permanent management structure to promote stability and continued implementation at the national level.***

3.12 **Program Development** Ron de Burger, Director of Program Development, Transition presented a model representing the overall direction for program development in the Branch. Elizabeth Neilsen provided an overview of the Environmental Health Program Development Strategy and Michael Shannon a presentation of Chronic Diseases Program Development Strategy, in the context of the business development within the Laboratory Centre for Disease Control (refer to Appendices G, H and I).

3.12.02 Members comments centered on related concepts:

- The relevance of new legislative initiatives, such as the new Canadian Environmental Protection Act under consideration in the House, the new Safe Products Act under development in the Branch and other statutes at the Federal/ Provincial and Territorial levels.

- Strategies to strengthen existing scientific capacity within the program areas while developing/expanding new fields of expertise and to create linkages with other levels of expertise. (for example, Provincial/Territorial/Municipal)

- The need to foster extensive collaboration and integration of health research with health effects research. This will be particularly relevant in future years, as recent scanning exercises indicate a clear shift in the overall health burden from acute to chronic diseases, and in the broad focus of initiatives from acute treatment to preventative, patient-focussed therapies.

**3.12.03 Conclusions:**

***Members were supportive of the directions taken in the development of programs for environmental health and for chronic diseases. They noted that a systematic approach, defining the qualitative and the quantitative aspects of management of the programs and clearly outlining the linkages with other contributors (such as, Provincial/municipal agencies, health professional associations) should be developed and presented at subsequent meetings of the Board.***

3.13 Ian Shugart presented on a **Decision-Making framework.** The purpose of the discussion was to obtain Members advice on the directions expressed (refer to Appendix J).

3.13.02 Members comments centered on related concepts:

- Delineation of a clear process of public health risk management and decision-making is needed across government, at the Federal, Provincial and Territorial levels.

- A mechanism to re-consider current policy decisions in light of the evolution of health sciences must be integrated.

**3.13.03 Conclusion**:

***Members recommended that the Branch proceed with drafting a consultation document on risk management and decision making.***

3.14 Members discussed the rotation of Membership on the Science Advisory Board. The purpose of the discussion was to share with Members some of the Minister's office views on this subject and to invite some commentary.

**3.14.02 Follow-up:**

***Members agreed to advise the Secretariat of their intentions with regards to***

***their participation.***

**APPENDICES TO MEETING REPORT OF May 18-19, 1999**

Appendix A - Agenda for **May 18-19, 1999**
Appendix B - Participants at the May 18-19, 1999 Meeting
Appendix C - HPB-CIHR Collaboration Report presented to SAB, by Dr. Yves Morin, Chair of the SAB on HPB-CIHR collaboration.
Appendix D - Zoonotics and Enterics presentation by Dr. Mohamed Karmali
Appendix E - First Report of the Drug Review Process (DRP) Committee - May 12,1999, presented by Doug Elliott.
Appendix F - The Progress of National Surveillance Initiatives, presented by David Mowat, Director of the Transition Surveillance Team.
Appendix G - Program Model, presented by Ron de Burger.
Appendix H - Overview of the Environmental Health Program Development Strategy, presentation by Dr. Elizabeth Neilsen, EHP.
Appendix I - Chronic Diseases Program Development Strategy, presentation by Dr. Michael Shannon, LCDC
Appendix J - Decision-Making Framework, presentation by Ian Shugart.

**ORDRE DU JOUR** **Annexe A**
**CONSEIL CONSULTATIF DES SCIENCES**
**Les 18 et 19 mai 1999**
Salle de conférences principale du Brooke-Claxton, niveau inférieur
Édifice Brooke-Claxton
Pré Tunney, Ottawa, Ontario

---

**Jour 1 : mardi, le 18 mai**

8 h 30 Café/thé/jus servis dans l'antichambre de la salle de conférences.

9 h 15 **Mot de bienvenue** et remarques de Vice-président **Yves Morin**

9 h 20 **Examen du rapport de la réunion de mars 1999 du CCS** **Tous**
- Cet examen est censé aboutir à une version finale du rapport, qui paraîtra par la suite. (Onglet 12)

9 h 40 **Point permanent :** Activités en cours au gouvernement qui se répercutent sur le Programme de la protection de la santé, y compris la *Loi sur les aliments* et les activités courantes du **Bureau du Vérificateur général** (*le point sur l'expert scientifique en chef, le Bureau de la protection du consommateur et de la participation du public, la mise sur pied du bureau des produits de santé naturels)* (Onglet 13) **I. Shugart/H. Quesnel**

10 h 15 **Renouveau législatif** **I. Shugart/Mario Simard**
Exposé sur les grandes lignes du cadre législatif, en particulier les principes directeurs (De la documentation sera fournie aux membres à la réunion). L'exposé vise à renseigner le Conseil sur l'orientation stratégique globale de la législation à venir et à engager une discussion sur les énoncés stratégiques proposés, aux fins de commentaires. (Onglet 14)

12 h Déjeuner

13 h **Rapport sur les sciences**

**- Transition - Plateforme scientifique -** **I. Shugart**
Document sur l'examen par les pairs - Les membres auront reçu un document de travail sur les propositions concernant un projet pilote d'examen externe par les pairs, en partenariat avec le Conseil de recherches médicales (CRM). La discussion vise à obtenir les vues du Conseil sur les orientations proposées. (Onglet 15)

**Discussions stratégiques sur les partenariats et les alliances, les conflits d'intérêts, et l'établissement des priorités et les affectations de ressources**. Des documents de travail seront fournis avant la réunion. Le but est d'informer les membres des progrès accomplis à ce jour et d'obtenir leurs conseils ou leur approbation de principe, selon le cas. (Onglets 16 et 17)

**- Les Instituts canadiens de recherche en santé (ICRS)** **Y. Morin**
Le comité du Conseil qui s'est occupé de ce dossier pourra renseigner les membres sur les mesures prises à ce jour et sur les prochaines étapes. La discussion a pour but d'informer les membres des progrès accomplis à ce jour et les prochaines étapes. (Onglet 18)

**- Réseau sur les zoonoses et les maladies entériques**
Le Conseil entendra un exposé sur ce projet pilote scientifique, ses objectifs, ses progrès à ce jour et ses orientations futures. Les membres auront reçu le rapport final du projet pilote de la plateforme scientifique qui a eu lieu à Toronto les 10 et 11 mars dernier. Un rapport sur les orientations en cours sera déposé à la réunion. La discussion a pour but de réviser les orientations proposées de d'obtenir leur conseils ou approbation, selon le cas. (Onglets 19 et 20)

**Les locaux et leur rapport avec la science et le moral** - Problèmes, enjeux/conséquences et réflexions sur les voies à suivre. Un court exposé sur les possibilités actuelles de locaux pour les chercheurs et le personnel de la DGPS, et sur les conséquences de chaque option.

16 h 30 **Suivi de la dernière réunion**

**Le processus d'examen des médicaments** **D. Elliott**
Le Comité du CCS aura eu l'occasion d'examiner les présentations reçues à ce jour et de faire rapport au CCS des progrès accomplis jusqu'ici, notamment le processus qui pourrait servir à étudier ces présentations - par exemple, la question de savoir s'il y aurait lieu d'inviter des représentants des répondants à faire des déclarations personnelles au Conseil ou au Comité, et les types de recommandations/conclusions qu'on pourrait tirer de l'étude, de façon générale. (Onglet 21)

**Réponse aux opinions des scientifiques de la DGPS** **Y. Morin**
Cette discussion permettra de cerner les questions reliées à cette information et à son suivi, et de s'entendre sur les prochaines étapes et les stratégies de suivi. Les membres ont reçu une copie des réponses, ainsi que les commentaires d'un membre du Conseil au sujet des réponses.

18 h 00 Levée de la séance

NB : Un dîner intime sera prévu; les arrangements seront faits selon les préférences des membres.

---

**Jour 2 : mercredi, le 19 mai**

8 h Café/thé/jus servis dans l'antichambre de la salle de conférences.

8 h 30 **Prise de décisions concernant les risques** **I. Shugart/W. Ross**
Exposé des grandes lignes du document de consultation pour présenter les orientations stratégiques globales envisagées et les mécanismes en place pour faire participer le public. (De la documentation sera fournie à la réunion). La discussion a pour but d'informer le Conseil des orientations proposées du Ministère et d'obtenir son avis sur l'étendue des orientations envisagées et l'approche de participation du public.

9 h 30 **Développement des programmes** - bilan des activités et de la planification en cours. **I. Shugart**

Stratégie de développement du Programme d'hygiène du milieu

Stratégie de développement du Programme des maladies chroniques

11 h 00 **Surveillance** - le Cadre national d'intégration **I. Shugart/D. Mowat**

Le point sur cette initiative, y compris un aperçu des commentaires des intéressés à ce jour, et les prochaines étapes. (Onglet 22)

12 h00 **Autres questions:**

**Rotation des membres** -- De la documentation sera fournie à la réunion. Le but de la discussion est de partager avec les membres les avis du Bureau du Ministre sur ce sujet, aux fins commentaires.

**Profil du Conseil** -- Options en matière de communication - occasion pour les membres de proposer des mécanismes qui donneront de la visibilité au Conseil.

13 h 00 **Mot de la fin et levée de la séance** **Y. Morin**

NB: Le dîner sera servi après la levée de la séance. La salle de réunion sera à la disponibilité des membres pour les discussions du Comité, selon le besoin.

**Annexe B**

**Participants à la réunion des 18 et 19 mai 1999 du Conseil consultatif des sciences**
**Dr. Yves Morin, Vice-Président**

**Membres**

**Mr Doug Elliott**
**Mr Russ A. Graham**
**Mme Jean M. Jones**
**Dr Mohamed Karmali**
**Dr Lynn McIntyre**
**Dr John S. Millar**
**Mr Leslie Millin**
**Dr Gabriel Plaa**
**Mr Ellis Rubinstein**
**Dr Bernard Schwetz**
**Dr Karen Semchuk**
**Dr Joseph Z. Losos**
**Mr David Dodge**

**Santé Canada**
**Mr. Ian Shugart**

**Secrétariat executif au Conseil**
**Hélène Quesnel**
**Appui à la présidence**
**Helen Murphy**

Annexe C

# RAPPORT PRÉSENTÉ AU CONSEIL CONSULTATIF DES SCIENCES

# PAR LE SOUS-COMITÉ SUR LES POSSIBILITÉS DE COLLABORATION ENTRE LA DGPS ET LES ICRS

Yves Morin, président
Gabriel Plaa
John Millar

le 11 mai 1999

## TABLE DES MATIÈRES

1. Contexte

2. Principes de collaboration

3. Extraits de l'ébauche du plan d'activités de l'Institut canadien de la microbiologie et des maladies infectieuses

   - relations
   - structure organisationnelle

4. Autres domaines de collaboration DGPS - ICRS

## CONTEXTE

1. Lors de sa réunion de mars 1999, le Conseil consultatif des sciences a discuté abondamment de l'annonce faite à l'occasion du budget de 1999 sur la création des Instituts canadiens de recherche en santé. Les membres du Conseil étaient unanimes : cette nouveauté offre une possibilité de collaboration entre les scientifiques de la DGPS et les nouveaux Instituts.

2. La Transition à la DGPS a, dès le début, fait la promotion et l'élaboration du concept selon lequel des liens officiels devraient être établis entre les scientifiques de la DGPS et les organismes de recherche externes (en particulier les universités). Bien que par le passé une telle collaboration ait existé, l'évolution que connaît la science nécessite des liens plus élaborés, alors que les inquiétudes sur les conflits d'intérêts exigent des arrangements transparents et, dans certains cas, officiels.

3. Lors de précédentes réunions, le Conseil s'est concentré sur le Laboratoire de lutte contre la maladie de Winnipeg en tant que vedette des services scientifiques de la DGPS, ce qui a demandé des efforts intenses afin d'élaborer un plan visant à maximiser son utilisation. La collaboration entre le Laboratoire et le monde universitaire au Canada et à l'échelle internationale a été perçue comme une condition indispensable à la pleine réalisation du potentiel du Laboratoire et comme un moyen de mettre à l'épreuve l'engagement de la Direction générale à approfondir la science en utilisant des moyens nouveaux et productifs. La création des ICRS a véritablement donné l'occasion de mettre en place une telle collaboration.

4. Le Conseil a créé un sous-comité qui examinera, de façon opportune, la façon de profiter de la possibilité offerte par l'arrivée des ICRS et d'intégrer cette nouveauté dans l'élaboration, à la DGPS, d'un programme scientifique renouvelé. Le sous-comité s'est réuni à deux occasions.

5. Les leaders universitaires d'un Institut canadien de microbiologie et des maladies infectieuses projeté ont approché le LLCM afin que ce dernier réfléchisse à la possibilité de devenir « membre » de l'Institut. Reconnaissant la possibilité d'atteindre les objectifs qui ont déjà été mentionnés, la DGPS et le LLCM ont accepté et ils encouragent depuis la création d'un tel Institut par l'appui de l'ébauche d'un plan d'activités.

6. Le sous-comité s'est concentré sur l'élaboration de ce dialogue et du plan d'activités en question en tant que modèle éventuel pour la mise en œuvre d'une autre collaboration DGPS - ICRS. Le sous-comité a une valeur en lui-même.

## PRINCIPES

1. L'objectif principal de la collaboration entre les chercheurs scientifiques de la DGPS et les organisations scientifiques externes est de permettre à la DGPS d'avoir accès aux connaissances scientifiques nécessaires pour remplir son mandat sur la santé publique. L'objectif secondaire, qui est tout aussi valide, est de faire en sorte que les chercheurs scientifiques de la DGPS contribuent à l'acquisition de connaissances scientifiques pour ainsi se consacrer à leur perspective unique.

2. Parmi les objectifs de création des Instituts canadiens de recherche en santé, on compte :

   - combler l'écart face à la concurrence lorsqu'il est question du financement de la recherche en santé;
   - encourager la collaboration entre les chercheurs de différentes disciplines, régions et perspectives;
   - transformer la façon dont la recherche est effectuée au Canada afin d'obtenir davantage d'approches multidisciplinaires tout en intégrant la recherche avec les applications cliniques et celles sur la population.

3. La DGPS couvre une grande variété de disciplines de recherche et de domaines sur la santé humaine et l'environnement afin d'appuyer les interventions de nature réglementaire et autres. Par conséquent, les possibilités résultant de la collaboration DGPS - ICRS sont énormes.

4. Le statut de « membre » de la DGPS devrait prendre trois formes ou se situer à trois niveaux :

   - dans la direction de certains Instituts – lorsque le rôle d'expert de la DGPS dans un domaine précis présente un intérêt particulier et important (p. ex. : en tant qu'autorité en matière de santé publique sur les maladies infectieuses), la DGPS devrait faire partie du mécanisme de direction d'un Institut;

   - en tant que membre-organisme – lorsque la DGPS a quelque chose d'unique à offrir aux partenaires d'un Institut ou lorsqu'il est possible de répondre à des besoins clés en matière de santé publique par l'entremise des liaisons offertes par les Instituts (p. ex. : le LLCM de Winnipeg), la DGPS ou ses secteurs devraient devenir des membres-organismes;

   - en tant que membres individuels – les chercheurs scientifiques de la DGPS devraient pouvoir devenir membres d'un Institut s'ils répondent aux même normes d'examen par les pairs que les autres membres.

5. En tant que membre des Instituts, la DGPS devra obligatoirement se conformer aux décisions déjà prises relativement à la direction des ICRS en général et à chacun des Instituts. En général, les demandes pour devenir membre devront être appuyées par un plan scientifique officiel, faisant l'objet d'un examen minutieux approprié par les pairs, qui cadre avec la portée et le mandat de l'Institut en question.

6. Les mécanismes de collaboration avec la DGPS doivent reconnaître que, en tant qu'autorité publique, la DGPS a des responsabilités particulières et des mandats précis. Dans ce contexte, cependant, la DGPS peut servir d'organisation scientifique qui offre des possibilités de formation à des étudiants des cycles supérieurs et à des boursiers postdoctoraux ainsi que des bourses, des congés sabbatiques et des programmes d'échanges. Les chercheurs scientifiques de la DGPS qui sont membres d'un Institut auront, en général, une nomination conjointe dans une université.

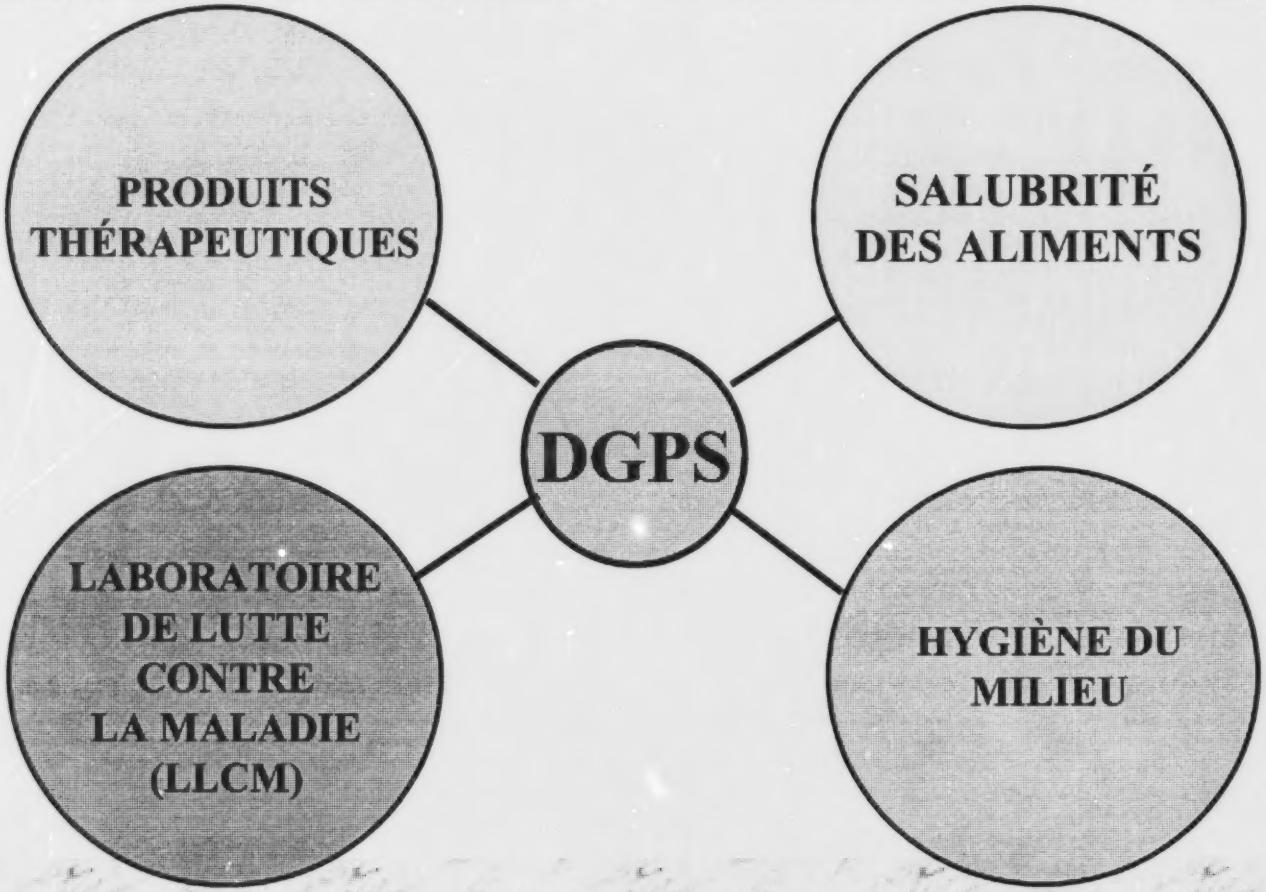
7. Les politiques sur les conflits d'intérêts et la propriété intellectuelle doivent être en place avant l'établissement de la collaboration DGPS - ICRS et doivent convenir aux deux partenaires.

Annexe D

# OBJECTIF

## CRÉATION D'UN CENTRE D'EXPERTISE SUR LES ZOONOSES, LA SALUBRITÉ DES ALIMENTS ET LES MALADIE ENTÉRIQUES À SANTÉ CANADA

# DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ



## EMPLACEMENTS ACTUELS DES ACTIVITÉS SCIENTIFIQUES DANS LE DOMAINE DES ZOONOSES, DE LA SALUBRITÉ DES ALIMENTS ET DES MALADIES ENTÉRIQUES À SANTÉ CANADA

- **LLCM (Winnipeg)**
- **BUREAU DES DANGERS MICROBIENS (Ottawa)**
- **LABORATOIRE D'HYGIÈNE VÉTÉRINAIRE (Guelph)**

# SPHÈRE D'ACTIVITÉ ET MANDAT

- **Examiner les synergies qui pourraient résulter de la gestion intégrée des 3 laboratoires**
- **Explorer les partenariats avec les universités et les organismes provinciaux de la santé**
- **Prendre en considération les besoins futurs des Canadiens, les questions émergentes, les progrès scientifiques et technologiques et l'évolution de la politique scientifique gouv. (p. ex. ICRS)**

# QUESTIONS LIÉES AUX MALADIES D'ORIGINE ALIMENTAIRE, AUX ZOONOSES ET AUX MALADIE ENTÉRIQUES

- **Impact sur la santé et l'économie : 1,3 milliards $ par année au Canada**
- **Un vaste éventail de microbes engendrent des maladies d 'origine alimentaire et des maladies entériques**
- **Impact de la mondialisation, du commerce international et des déplacements de population**
- **Modification de l'environnement, des modèles culturels et comportementaux**
- **Apparition de nouveaux pathogènes**
- **Modification des méthodes de production des aliments**
- **Impact sur l'industrie**
- **Risque associé au bioterrorisme**

# APPLICATION DE LA SCIENCE AUX MALADIES D'ORIGINE ALIMENTAIRE, AUX ZOONOSES ET AUX MALADIES ENTÉRIQUES

- **Connaissance de la nature et de l'ampleur du problème (surveillance)**
- **Connaissance des agents microbiens responsables des maladies d 'origine alimentaire, y compris de leurs réservoirs, sources, modes et véhicules de transmission (détection, identification, typage et épidémiologie des agents responsables)**
- **Analyse des facteurs de risque et évaluation des risques**
- **Connaissance de la façon dont les agents microbiens demeurent présents dans la chaîne alimentaire et provoquent des maladies**
- **Apparition de nouveaux pathogènes et d'une résistance aux antimicrobiens**
- **Science de l 'évaluation**

# APPLICATIONS DES SCIENCES FONDAMENTALES À LA SANTÉ PUBLIQUE

- Rapidité accrue des méthodes d'analyse génétique pour déterminer le pouvoir de virulence et le polymorphisme génétique des pathogènes
- Biologie évolutive, notamment connaissance accrue de la nature du transfert de gènes horizontal et des mécanismes en jeu
- Régulation du gène et mécanismes d'adaptation
- Génomique
- Bioinformatique

# DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET DE L'INDIVIDU

- Situation économique
- Habitudes de vie
- Stress et santé mentale
- Régime alimentaire et nutrition
- Génotype
- Immunité

# SCIENCE DE L'ÉVALUATION

- INTERVENTIONS FONDÉES SUR LES PREUVES
- MESURES DES RÉSULTATS
- ÉVALUATION QUANTITATIVE DU RISQUE
- ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

## SALUBRITÉ DES ALIMENTS -DOMAINES DE RECHERCHE

**Biologie évolutive**

**Apparition de nouveaux pathogènes**

**Niches écologiques et mécanismes d'adaptation**

**Stratégies de virulence microbienne**

**Mécanismes d'interaction hôte-parasite**

**Sources et réservoirs**

**Modes et mécanismes de transmission**

**Influences de l'environnement et de l'alimentation**

**Science de l 'évaluation**

**Résistance aux antimicrobiens**

**Bioterrorisme**

**Ferme**

**Abattoir**

**Usines de transf.**

**Distributeurs**

**Grossistes**

**Détaillants**

**Consommateurs**

# MOTIFS DE L'INTÉGRATION DES TROIS LABORATOIRES (LLCM, BM, LHV)

- Objectifs semblables
- Visions contradictoires
- Besoins identiques en données de surveillance
- Chevauchement des compétences et des méthodologies dans le domaine de la détection microbienne
- Chevauchement des méthodes de typage bactérien
- Chevauchement dans les enquêtes sur les maladies humaines, les aliments et le milieu
- Besoins identiques en matière de biotechnologie et d'infrastructure de recherche

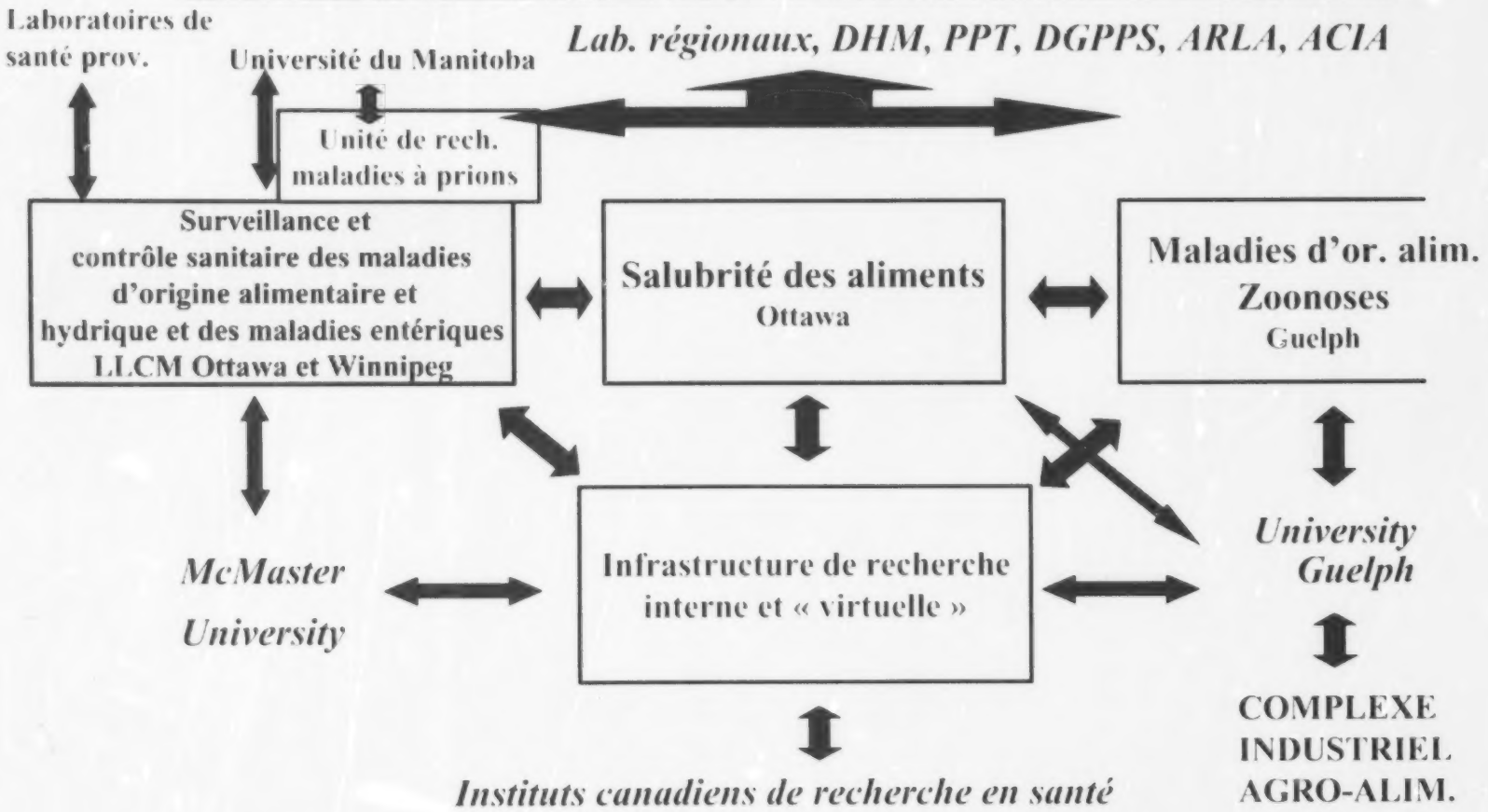
# PRINCIPALES FONCTIONS DU « CMAZMA »

- **SURVEILLANCE**
- **ÉVALUATION DES RISQUES**
- **RECHERCHE**
- **ÉDUCATION ET FORMATION**
- **MAINTIEN D'UNE BASE DE CONNAISSANCES POUSSÉES, RÉCENTES ET INTÉGRÉES**

# GESTION DU « CMZMA »

- **Leadership scientifique et administratif de grande qualité**
- **Établissement des priorités en ce qui concerne les activité de surveillance, d'évaluation des risques, de référence et de recherche**
- **Réduction des chevauchements**
- **Harmonisation des systèmes d'information**
- **Introduction planifiée de nouveaux projets dans les domaines de la recherche et de la biotechnologie**
- **Établissements de liens efficaces avec les universités**
- **Systèmes de reddition de compte, notamment examen par les pairs et gestion du rendement**
- **Amélioration de la visibilité sur le plan national et international**

# MODÈLE DU CENTRE POUR LES MALADIES D'ORIGINE ALIMENTAIRE, LES ZOONOSES ET LES MALADIES ENTÉRIQUES (CMAZMA)



# Conseil consultatif des sciences

# Comité du processus d'examen des médicaments

# Premier rapport - le 12 mai 1999

**Membres**

**Doug Elliott (président)**
**Russ Graham**
**Jean Jones**
**Leslie Millin**
**Karen Semchuk**
**Bernard Schwetz (conseiller spécial)**

**Introduction :**

Lors de la réunion de mars 1999 du CCS, les membres ont discuté des réponses reçues jusqu'à maintenant de la part des parties intéressées relativement au processus d'examen des médicaments (PEM) à la Direction générale de la protection de la santé. Il a également été question des approches qui pourraient être utilisées pour leur étude du processus d'examen des médicaments de la Direction générale de la protection de la santé. Les discussions des membres ont porté principalement sur des points associés à ce sujet, y compris :

- Le Conseil a dressé la liste des parties intéressées, dans le but d'obtenir un échantillon des divers points de vue, qui ont des connaissances et de l'expérience face au système actuel. Bien que l'objectif ne soit pas d'établir une liste détaillée, le Conseil apprécierait des conseils provenant d'autres parties ou des suggestions visant à inclure des parties additionnelles.

- Quoiqu'un membre ait exprimé des inquiétudes relativement à l'étude du Conseil, les membres se sont entendus pour émettre une réponse confirmant l'indépendance et l'ouverture du Conseil face à la définition de son propre processus. En effet, d'autres répondants avaient été informés en conséquence.

- Le Conseil a discuté de différentes approches pour l'étude du processus d'examen des médicaments, par exemple, si le Conseil, en tant qu'entité, devrait assister aux présentations individuelles de l'ensemble des répondants, par l'entremise soit de discussions en groupe ou d'échanges en privé. L'objectif n'est pas de produire une étude approfondie de tous les points associés au processus. Il faudra clarifier cet élément au besoin.

À la suite de ces discussions, le Conseil a établi un Comité qui étudiera le processus d'examen des médicaments à la Direction générale de la protection de la santé. Tout d'abord, le Comité définira des objectifs et des principes directeurs pour l'exécution de son travail et demandera de façon périodique l'approbation de l'ensemble du Conseil lorsque l'étude et les rapports seront en cours.

**Situation :**

Le Comité du CCS sur le processus d'examen des médicaments a tenu jusqu'à maintenant deux téléconférences; les membres se réuniront le 17 mai 1999 lors d'un souper de travail. Le Comité a produit les documents ci-joints afin de faire connaître ses objectifs, ses principes directeurs et certaines stratégies qui lui permettront d'atteindre ses objectifs. On demandera aux membres du Conseil d'étudier ces documents et de donner leur approbation comme il se doit.

Lors de sa deuxième téléconférence, les membres du Comité se sont mis d'accord sur plusieurs futures étapes et sur des points; il en sera question pendant la réunion du 17 mai avec le Conseil. Le Comité examinera notamment des approches permettant de constater toute la portée des réponses aux six points soulevés dans l'enquête et les progrès de l'initiative du Programme des produits thérapeutiques sur l'évaluation du processus d'examen des médicaments. À cet effet, on a invité Dann Michols à faire une présentation devant le Comité lors de la réunion du 17 mai afin qu'il parle de l'initiative actuelle de son programme et qu'il donne un rapport provisoire.

**Objectifs de l'étude du processus d'examen des médicaments effectuée par le Conseil :**

Nota : *Le Conseil consultatif des sciences devra approuver les objectifs suivants avant l'adoption par le Comité. Les membres feront progresser l'étude et le rapport s'y rapportant autant que possible de leur propre gré, afin qu'ils soient approuvés par le Conseil avant la présentation devant le ministre.*

Une étude indépendante sur le processus d'examen des médicaments à la DGPS, dans le but de définir la perception des parties intéressées, de déterminer les forces et les faiblesses, réelles ou perçues, et de tirer des conclusions / faire des recommandations à des fins d'amélioration. Les champs d'étude suivants faisaient partie de la lettre envoyée aux parties intéressées.

1. L'opportunité, le rendement et l'efficacité du processus d'examen des médicaments en général et les améliorations qui pourraient être apportées.

2. La pertinence / justesse du processus prioritaire d'examen des médicaments. Fonctionne-t-il de façon organisée, opportune, rentable et efficace? Pourrait-il être amélioré?

3. La nature équitable, raisonnable et opportune de l'accès du public à l'information sur les présentations de médicaments ainsi que sur la sûreté et l'efficacité des médicaments. Les changements justifiés?

4. L'opportunité de l'harmonisation et de la collaboration de Santé Canada avec les autorités étrangères en matière de réglementation relativement au processus d'examen des médicaments? À quelles conditions?

5. Le recouvrement des coûts et les craintes qu'en exigeant des frais pour l'examen des médicaments le processus d'examen des médicaments risque d'être influé injustement? Comment faire disparaître les inquiétudes?

6. Les principes qui devraient orienter le processus d'examen des médicaments.

Essentiellement, le Comité du CCS effectuera une « mini-enquête » sur le processus de la DGPS pour déterminer si le travail sur le PEM est crédible et présente une information de qualité et dans le but de favoriser une meilleure gestion, s'il y a lieu. Le Comité étudiera le point de vue d'une grande variété de parties intéressées et effectuera peut-être une visite aux États-Unis pour entendre en personne l'opinion de représentants du gouvernement fédéral, du secteur de l'industrie et d'autres parties clés représentant l'opinion publique. Pour ce qui est des autres pays, par exemple les pays européens et l'Australie, une demande écrite sera envoyée aux parties pour obtenir des renseignements de même nature.

Le Comité fournira au Conseil des rapports provisoires périodiques sur les progrès effectués qui souligneront les orientations prises qui devront être approuvées, au besoin. Le Comité produira un rapport pour fins d'approbation par le Conseil avant la présentation devant le ministre.

**Le fonctionnement du Comité**

**Principes directeurs :**

Le travail du Comité sera fondé sur les résultats. Le Comité devra fournir le meilleur avis impartial possible au ministre et à la DGPS puisqu'il travaille à la protection de la santé des Canadiens.

La pertinence scientifique et socio-économique sera évaluée par le Comité. Cela exigera la présence de membres qui connaissent en profondeur les points clés associés au PEM. Si de tels membres ne sont pas disponibles, le Comité demandera une opinion scientifique probablement en faisant appel à des experts scientifiques externes. Si ce n'est pas possible, le Comité pourra exiger des études additionnelles, soit, vraisemblablement, par des projets de soutien à la recherche ou par d'autres ententes contractuelles, à la condition que cela soit conforme au mandat du Conseil et respecte le caractère confidentiel de l'information.

Les demandes par écrit provenant de parties intéressées seront étudiées en fonction de l'exhaustivité, de la crédibilité et de la pertinence face aux champs d'étude.

L'approche du Comité en ce qui a trait à son travail sera empreinte d'ouverture, d'équité et de transparence. Le Comité s'efforcera d'utiliser efficacement ses ressources. Par conséquent, il réfléchira sérieusement à la possibilité de rencontrer en personne les parties intéressées, ce qui pourrait nécessiter des réunions du Comité ou du Conseil selon le cas. On informera les parties intéressées de l'approche choisie par le Conseil.

Le Comité sera sous la direction du président du Comité et tiendra au courant le président du Conseil consultatif des sciences (probablement par l'envoi de copies conformes).

Le Comité présentera ses conclusions et ses recommandations dans des rapports provisoires périodiques ainsi que dans un rapport final, qui devront être examinés et approuvés par le CCS.

Puisque les recommandations et les conclusions du Comité contribueront à renforcer le processus actuel d'examen des médicaments au Canada, il sera important de maintenir des communications ouvertes avec l'administration de la Direction générale de la protection de la santé, en particulier le Programme des produits thérapeutiques (PPT).

Compte tenu du rapport sénatorial sur la STbr et des commentaires du Bureau du vérificateur général du Canada sur le PEM, le Comité s'efforcera de tenir ces organisations au courant de l'étude, de ses objectifs, résultats et conclusions.

**Stratégies pour faire progresser l'étude, y compris la possibilité** de faire appel à des conseillers scientifiques ne faisant pas partie du CCS.

Il faudrait définir le calendrier des activités et les points de repère afin de planifier le travail du Comité et de fixer les attentes du Conseil.

Le Comité devrait normalement présenter l'ébauche d'un rapport provisoire lors de la réunion de septembre 1999 du CCS et l'ébauche d'un rapport final à la réunion de novembre 1999 du CCS.

Le Secrétariat du CCS tiendra les parties intéressées, y compris le PPT, au courant des progrès du Comité

dans cette étude.

La participation de tout expert scientifique externe invité à joindre le Comité à titre de conseiller devra respecter les mêmes conditions générales que la participation des membres du Conseil (p. ex. : rémunération, frais de déplacement, conflit d'intérêts, etc.). La présence du ou des conseiller(s) permet d'évaluer en profondeur le bien-fondé et la pertinence, au point de vue de la science, des points soulevés par les parties intéressées et des recommandations qu'elles proposent.

Dans le même ordre d'idées, les conditions générales des ententes contractuelles de soutien à la recherche devront être conformes aux politiques fédérales et au mandat du Conseil.

# Historique

Annexe F

**25 mars 1995** Création d'un groupe de transition par les SM

- Groupe de travail FPT sur les rôles et les responsab les chevauchements et les dédoublements
- Groupe de travail sur la surveillance et le contrôle des maladies
- Équipe FPT de conception de l 'intégration de la surveillance
- Présentation d'un rapport provisoire aux SM
- Groupe de travail national sur la surveillance de la santé
- Consultations

**Mars 1999** Conférence de concertation

19 mai 1999
DGPS Santé Canada

# Infostructure nationale de surveillance de la sant

## Série de projets pilotes - validation de principe

- surveillance
- Internet
- partenariats
- financement par le biais de l'ISC
- financement initial 1997-1998 / 1999-2000
- financement renouvelé 1999-2000 / 2001-2002

19 mai 1999
DGPS Santé Canada

# Situation actuelle

- conclusion du processus amorcé par les DM
- soutien manifesté lors des consultations
- soutien général et particulier des partenaires
- précision de l'objectif et des interrelations
- exécution des projets de l'INSS
- partie du financement annoncé dans le budget

# Direction requise
# 1. Organe de coordination

- Caractéristiques souhaitées
  - avoir ses propres ressources
  - organisme FPT incluant des ONG, des organismes locaux et des universitaires
  - avoir un mandat clair
  - produits à fournir - définis dans le plan d'activités
- Options
  - commission multipartite
  - groupe de travail sur le CCSP
  - groupe de travail sur le Comité consultatif sur l'infostructure de la santé

# Direction requise
# 2. Financement

Trois catégories de coûts

A. Groupe de travail et secrétariat

B. Projets généraux (normes générales, porte d'accès, etc.)

C. Applications

On recommande que A et B soient financés par le gouvernement fédéral

Le financement de C doit être approuvé projet par projet

# Réseau de surveillance de la santé

## Mode de fonctionnement

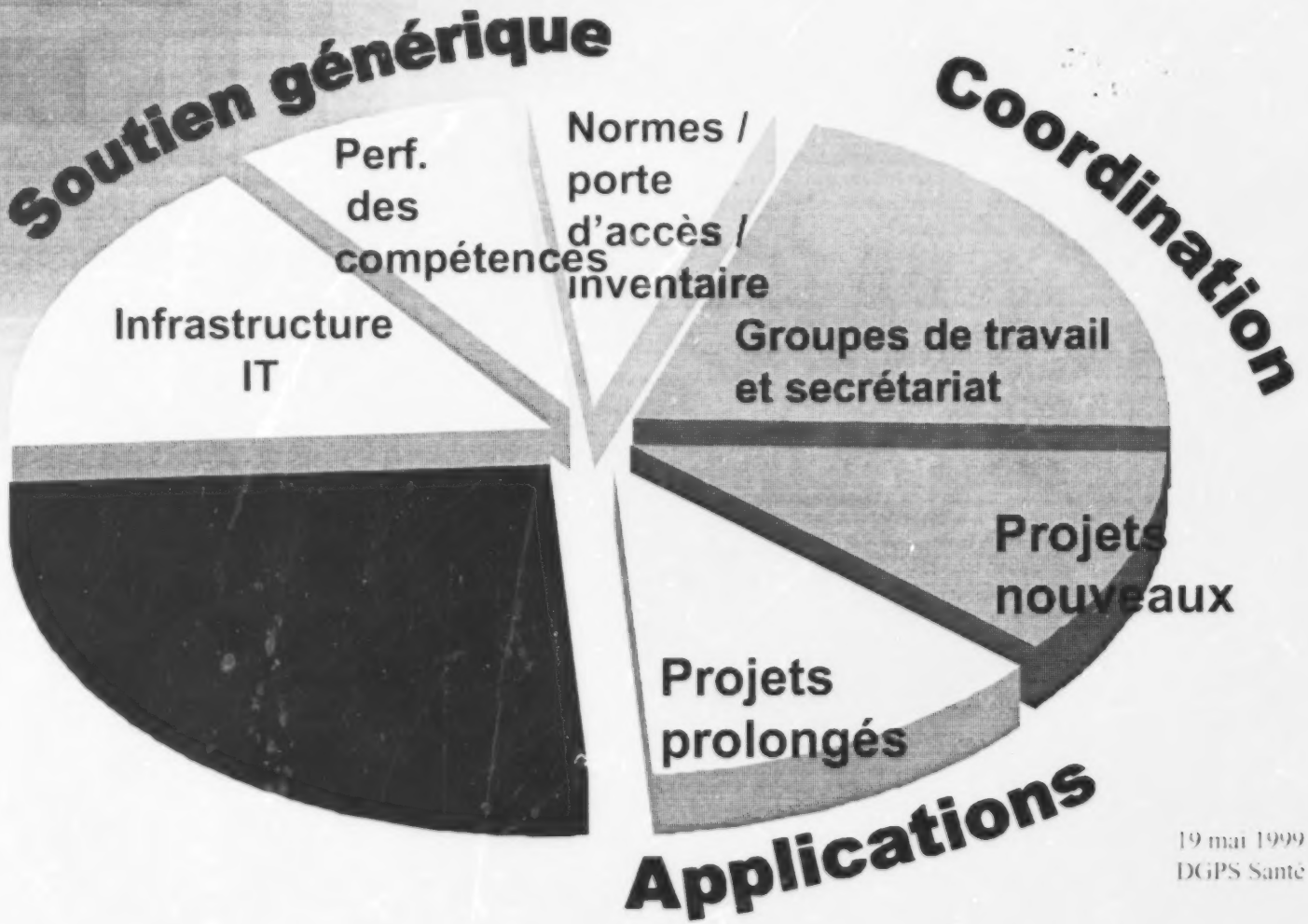
- Normes
- Protection des données personnelles
- Sécurité
- Perfectionnement des compétences
- Infrastructure électronique
- Métadonnées
- Gestion de la qualité
- Communication
- Inforoute Santé du Canada
- Priorités et lacunes

## Résultats

- Accès
- Données de qualité
- Outils d'intégration, d'analyse et de diffusion des données

19 mai 1999
DGPS Santé Canada

# Contribution de l'INSS au CNSS



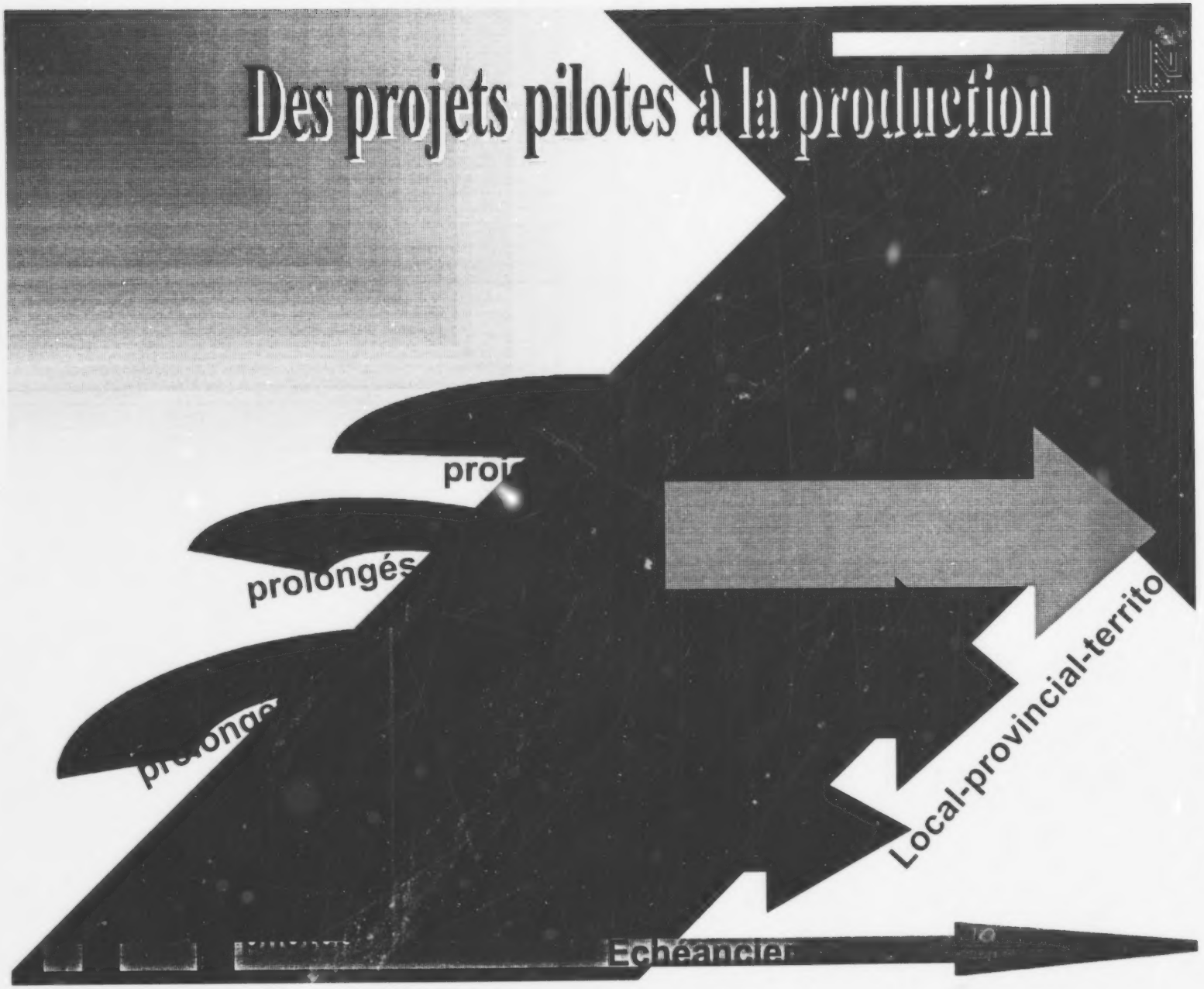

19 mai 1999
DGPS Santé Canada

# Besoins

- **Les systèmes actuels et futurs de surveillance de la santé ont les mêmes besoins**
  - **Gabarits, normes, modèles, protocoles, ententes**
    - **afin qu'il ne soit plus nécessaire de concevoir chaque nouveau système à partir de zéro**
  - **Accès - méthodique, logique, global, ponctuel, convivial, abordable**
    - **afin d'assurer un accès facile aux données servant de base aux décisions**
  - **Outils - pour l'intégration, l'analyse et la présentation**

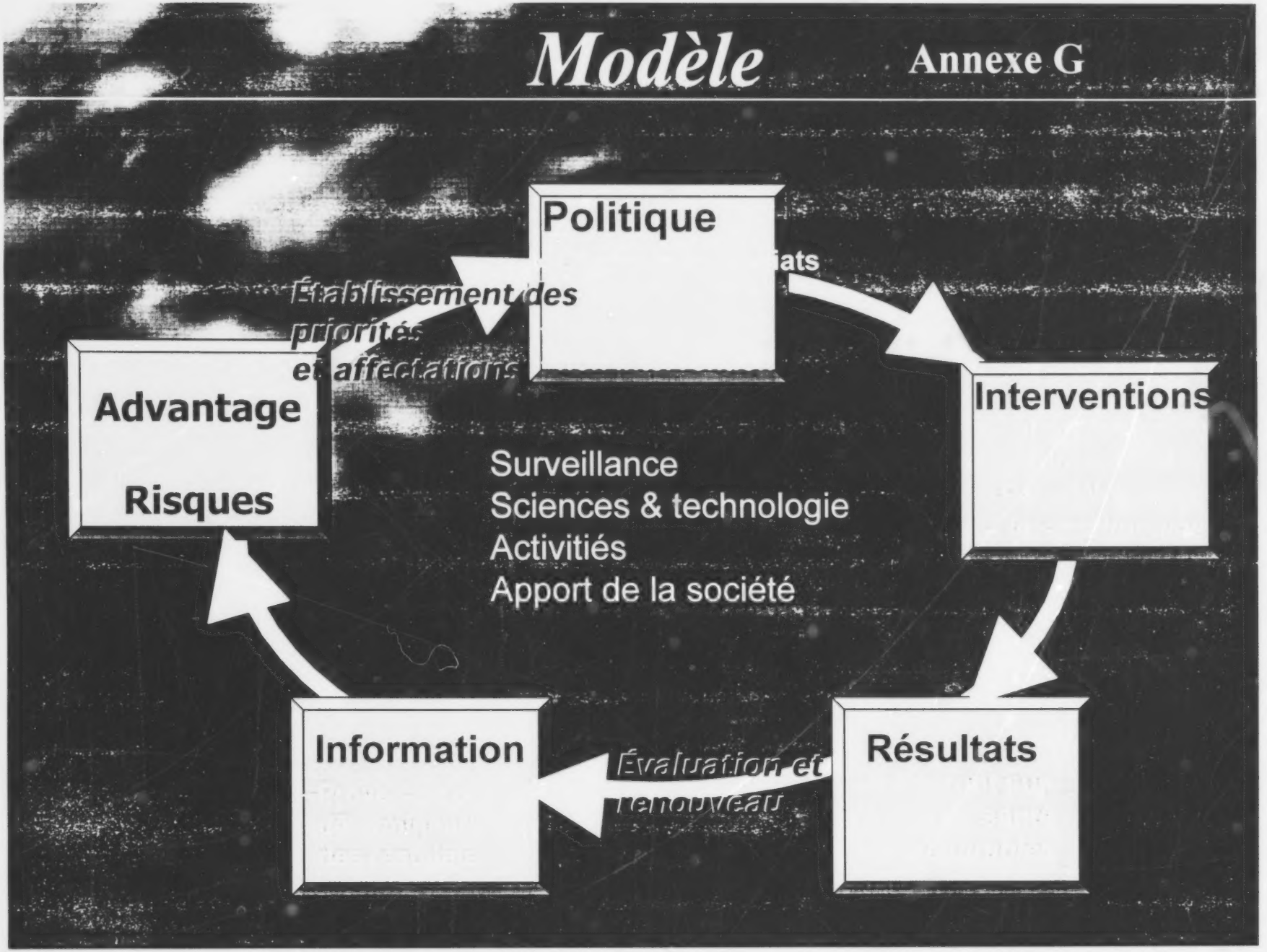
# Principes directeurs

- **Les données servant de base aux décisions doivent être accessibles et de bonne qualité afin de protéger et de promouvoir la santé publique**
- **l'accès à l'information doit être convivial, rapide et abordable**
- **les partenaires (fédéraux, provinciaux/territoriaux, régionaux/locaux, ONG et universitaires) peuvent et doivent collaborer en vue d'intensifier la surveillance de la santé et de tirer parti du réseau**
- **la nouvelle infrastructure doit s'appuyer sur les initiatives en place au lieu de les remplacer**


Des projets pilotes à la production
prolongés
Local-provincial-territo
Échéancier

# *Modèle*

**Annexe G**



**Annexe H**

# Développement du Programme d'hygiène du milieu

Exposé devant le Conseil consultatif des sciences
par le D[r] Elizabeth Nielsen
Directrice du Bureau des produits commerciaux
Le 19 mai 1999

**Développement du Programme d'hygiène du milieu**

## But :

- Aperçu du Programme d'hygiène du milieu
- État de développement du Programme
  - Justification
  - Analyse
  - Objectifs et résultats
- Prochaines étapes

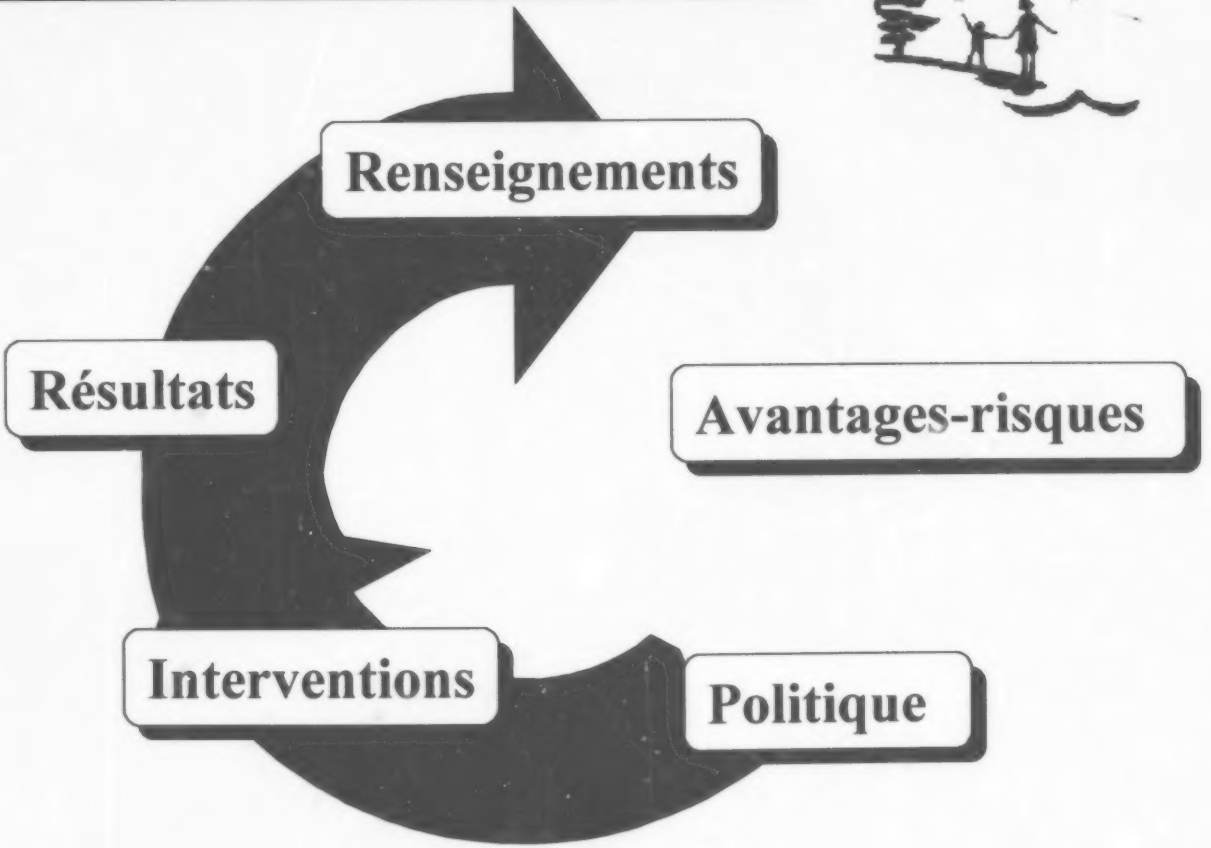
# Responsabilités législatives

- Loi et Règlement sur les produits dangereux
- Loi sur le tabac
- Loi et Règlement sur les dispositifs émettant des radiations
- Loi sur les aliments et drogues - Règlement sur les cosmétiques
- Loi canadienne sur la protection de l'environnement
- Loi sur la sûreté des produits liés à l'eau potable (projet)
- Loi canadienne sur l'évaluation environnementale
- Code canadien du travail

**Définition d'hygiène du milieu selon l'OMS** :

Les conséquences pour la santé des interactions entre les populations humaines et l'éventail complet des facteurs dans leurs milieux physiques - naturel et bâti - et sociaux.

## Développement du Programme d'hygiène du milieu




**Cycle du Programme de la protection de la santé**

## Cycle du Programme ou de la gestion des risques

- Renseignements (documentation scientifique, données de la surveillance, enquêtes, essais cliniques, recherche, consultations publiques)
- Évaluation des avantages et des risques (estimation et évaluation des risques, évaluation des avantages)
- Politique (s'appuie sur l'évaluation des avantages et des risques et le contexte social et politique général, les rôles, les orientations, l'analyse)
- Interventions (communications, promotion de la santé, mise en valeur du potentiel, règlements, normes, partenariats, etc.)
- Résultats (description, surveillance, évaluation des résultats)

## Consultations et sources:

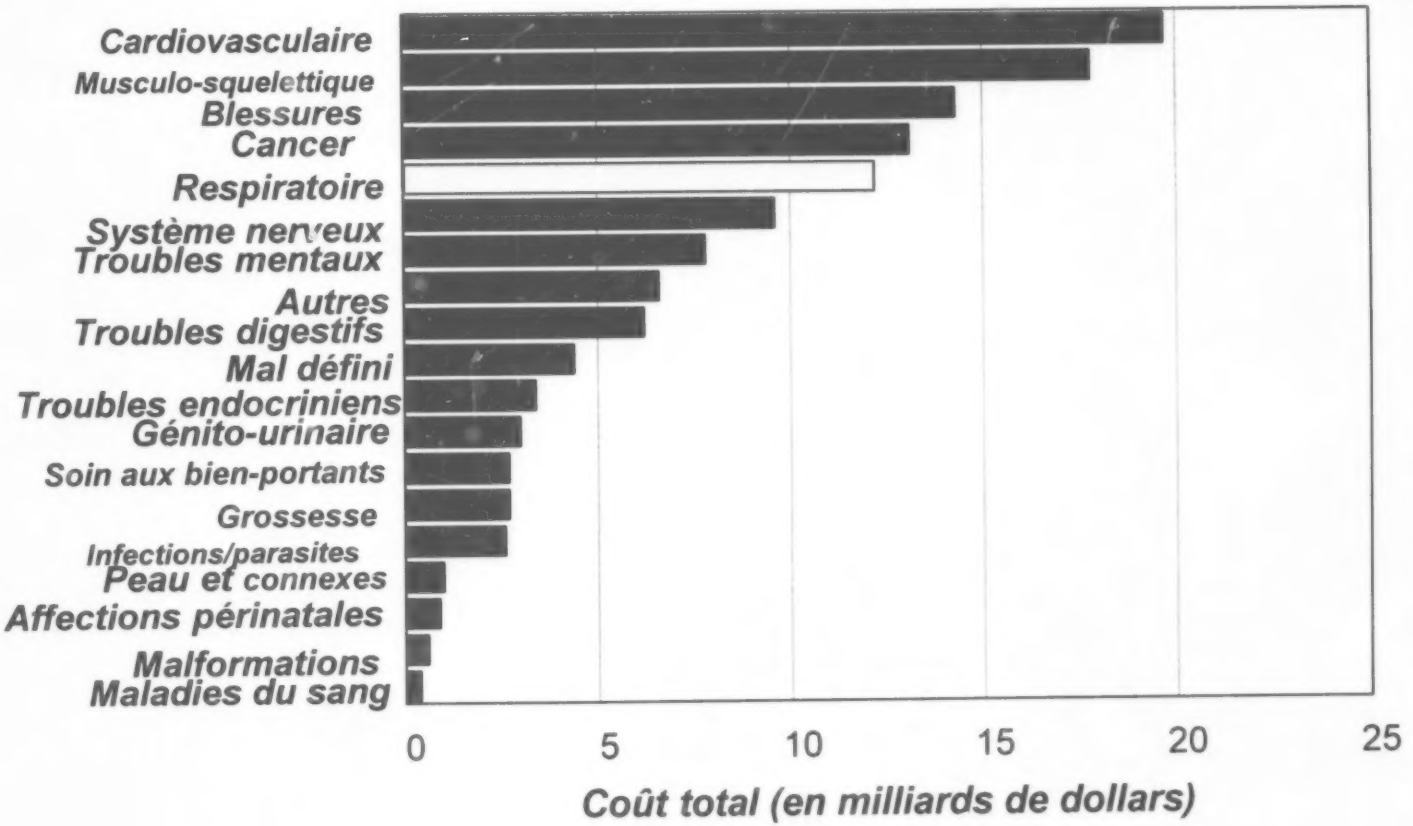
- Examen des consultations au sujet de la transition et des programmes
- Consultations avec le personnel
- Collecte de données des programmes
- Environnement Canada
- Rapport du Vérificateur général

## Quels sont les défis?

- Sensibiliser la population aux contaminants de l'environnement et aux liens avec la santé humaine
- L'enquête Krever a créé des attentes et des points de référence nouveaux concernant la gestion des risques
- Lacunes aux points de vue des capacités, des connaissances et des outils
- Augmentation du nombre et de la diversité des menaces que les milieux naturel et bâti présentent pour la santé humaine

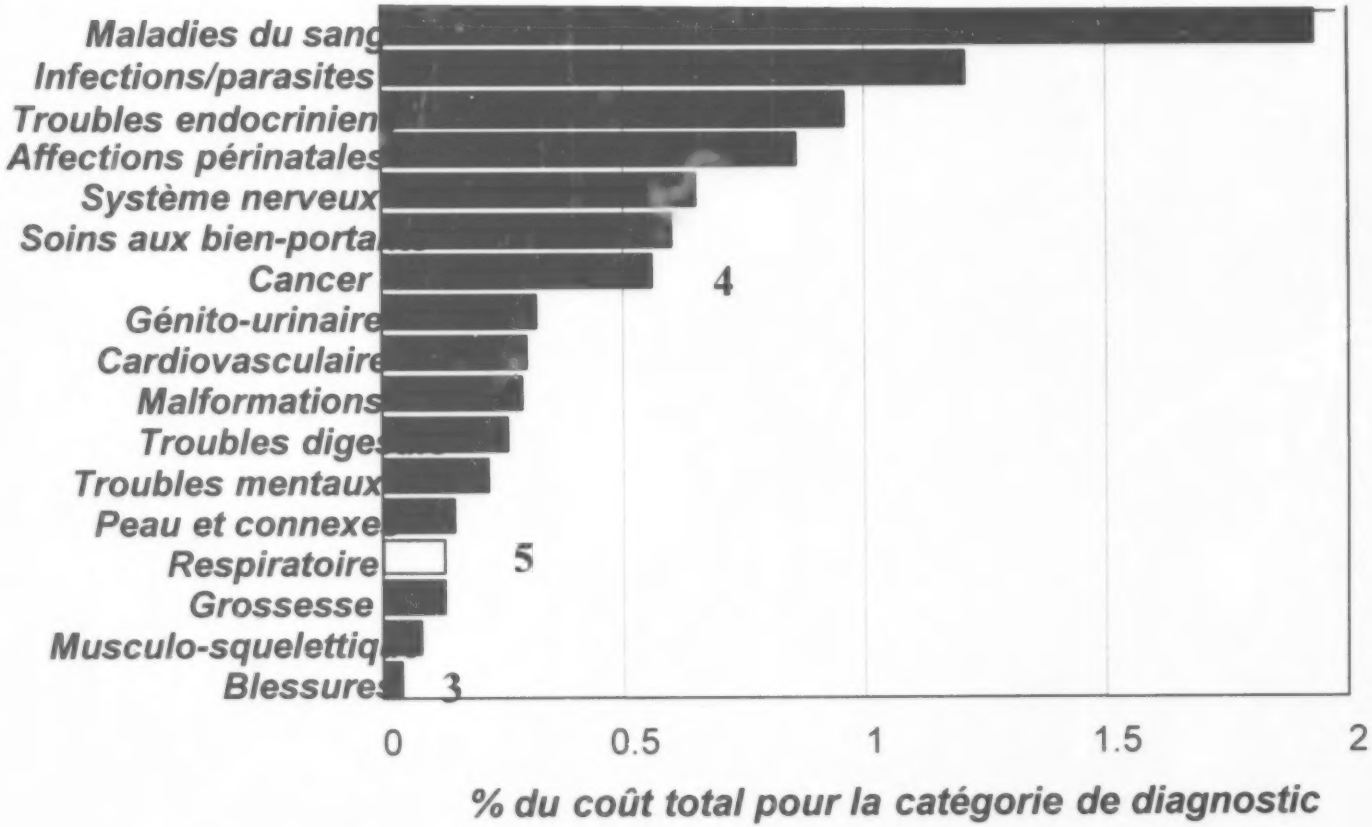
## Développement du Programme d'hygiène du milieu

# Coût total par catégorie de diagnostic, Canada 1993



## Développement du Programme d'hygiène du milieu

### Part du coût total, par catégorie de diagnostic, consacrée à la recherche



**Développement du Programme d'hygiène du milieu**

# Rapport du Vérificateur général

- Écart croissant entre les pressions exercées sur les ministères fédéraux pour qu'ils fournissent et utilisent de l'information scientifique
- Coordination et collaboration interministérielles stratégiques en matière de recherche et de surveillance liées aux substances toxiques
- Besoin de définir les besoins actuels et futurs
- La prise de décisions sur les substances toxiques comporte l'intégration de vues opposées - questions économiques, sociales, environnementales et sanitaires - Développement durable

## Que faut-il améliorer?

- Capacité scientifique et aptitude à produire de l'information sur
  - les risques actuels/nouveaux
  - les scénarios et les interventions appropriées
  - l'efficacité des stratégies d'intervention
  - les approches multidisciplinaires et systématiques de l'évaluation des risques

**Développement du Programme d'hygiène du milieu**

# Nature multidisciplinaire de la recherche

**Surveillance**
**Analyse des données sur les blessures**
**Anatomie de l'enfant**
**Comportement de l'enfant**
**Science des matériaux**
**Génie et conception**
**Modélisation informatique**
**Interventions**

## Que faut-il améliorer? (suite)

- La surveillance
- Les outils - législation, normes
- La participation du public
- La capacité d'élaborer et d'utiliser de nouvelles approches/interventions
- La politique

## Éléments d'un programme d'hygiène du milieu

- Réduire le risque lié aux substances toxiques (produits chimiques, radiation, produits biologiques/microbiens, etc.)
- Augmenter la sécurité et l'utilisation sans risque des produits (commerciaux, industriels, grand-public)
- Faire participer davantage la population à la prise de décisions sur la gestion des risques.

**Développement du Programme d'hygiène du milieu**

## Objectifs

- Amener et aider les Canadiens et les Canadiennes à protéger et à améliorer leur santé, et réduire les risques de blessures ou de décès en encourageant :
  - la création et le maintien d'environnements sains et sans danger
  - une moins grande exposition aux risques dans l'environnement
  - la sécurité et l'utilisation sans risque des produits et des matières
  - la connaissance des conditions environnementales et la capacité de s'y adapter et de réagir en toute sécurité aux risques environnementaux.

## Objectifs de gestion

- Améliorer la coordination et le leadership des programmes fédéraux d'hygiène du milieu
- Définition claire des rôles, des responsabilités et des éléments d'imputabilité
- Renforcement d'une gestion intégrée des risques à l'échelle du Ministère et des ministères
- Mise au point d'instruments et d'approches plus vastes et plus souples des questions d'hygiène du milieu.

## Résultats

- Environnements naturels et bâtis plus sûrs
- Cadre stratégique et principes directeurs
- Leadership et coordination des initiatives fédérales
  - **Définition plus nette des rôles et des responsabilités du gouvernement fédéral et cadre d'imputabilité**
  - **Bons processus de planification et de décision pour cerner les questions nouvelles et établir les priorités**
- Capacité scientifique et éventail moderne approprié d'instruments et d'outils pour atteindre les objectifs

# Prochaines étapes

- Faire l'analyse initiale des besoins du programme avec le personnel, le LLCM, la DGPPS, la DGSM, Environnement Canada
- Définir les rôles et les responsabilités
- Élaborer un cadre d'imputabilité
- Trouver des moyens de répondre aux besoins - à l'interne, à l'extérieur, partenariats
- Consulter les principaux intéressés
- Préparer un document d'options et des recommandations à soumettre à la haute direction et au Cabinet
- Ministres à l'automne

**Annexe I**

***Transition DGPS***

# *Planification et restructuration opérationnelles du LLCM*

***Présentation faite au***

## Conseil consultatif scientifique

***Le 19 mai 1999***

# *Évaluation du statu quo*

- Nos origines
  - **Le LLCM a été établi en 1972**
  - **mandat**
    - *effectuer et favoriser des enquêtes et des travaux de recherche sur les problèmes de santé canadiens*
    - *servir de Laboratoire de référence dans le domaine de la santé publique nationale*
    - *établir des services et effectuer des travaux de recherche dans les domaines de laboratoire de santé publique et de laboratoire clinique*
  - **En 1982, nous avions trois ou quatre épidémiologistes médicaux et un budget de 17 millions de dollars**
- Où nous en sommes aujourd'hui
  - **271 employés**
  - **un budget de 47 millions de dollars**
  - **mandat : «le centre national d'identification, de recherche et de prévention et de contrôle des maladies qui affectent l'être humain»**

# *Évaluation du statu quo*

- **Au cours des 7 ou 8 dernières années**
  - ↳ le LLCM s'est rapidement développé
  - ↳ les nouvelles compétences du domaine de la santé publique se sont mises à représenter les priorités du gouvernement, *comme le VIH et le SIDA*, plutôt que les évaluations de gestion des risques fondées sur des faits
  - ↳ les relations nationales-internationales se sont améliorées
  - ↳ le contrôle de la santé publique au Canada est *devenu célèbre dans le monde*

la carte des postes de contrôle n'est disponible que sur papier

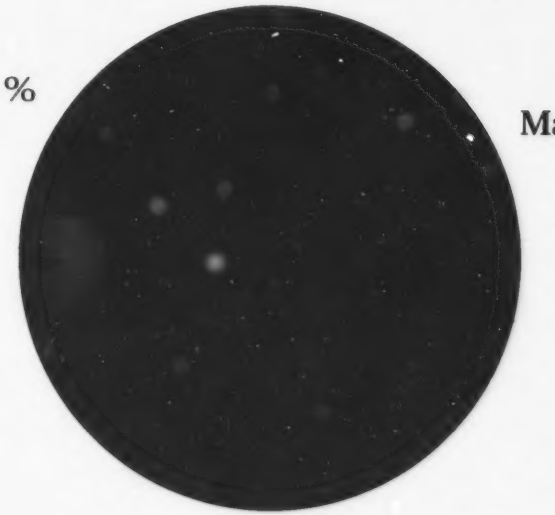
# *Évaluation du statu quo*
## *Objectif actuel : le budget du LLCM de 1999-2000*

**Budget du LLCM**

**Autres : 8 %**

**Maladies infectieuses : 71 %**

- *VIH-SIDA*
- *Hématogènes*
- *Alimentaires*
- *Nosocomiales*
- *MTS, tuberculose*
- *Résistance aux antimicrobiens*



**Maladies chroniques : 21 %**

- *Cancer*
- *Cardio-vasculaires*
- *Diabète*
- *Infantiles et liées à la reproduction*

# *Évaluation du statu quo*

- **Utilisation de la surveillance de la santé publique dans l'évolution**
  - **détecter des épidémies, définir un problème** *(alimentation, grippe, VIHSIDA)*
  - **évaluer les mesures de lutte** *(moindre importance)*
  - **déterminer la distribution géographique de la maladie** *(moindre importance)*
  - **dépeindre l'évolution naturelle d'une maladie**
  - **produire les hypothèses et stimuler la recherche** *(mal reliées à la programmation)*
  - **contrôler les changements qui se produisent dans les agents infectieux** *(résistance aux antimicrobiens)*
  - **constater des changements dans les pratiques sanitaires** *(moindre importance)*
  - **faciliter la planification**
    - *Planification du Ministère (relation limitée à la surveillance)*
    - *Planification de la Direction (dirigée par le Bureau)*

# *Évaluation du statu quo*

- **Surveillance efficace de la santé publique**
  - ↳ *la base d'une surveillance efficace est l'échange actuel et exact de renseignements dans les deux sens entre tous ceux qui en ont besoin*
  - ↳ *une surveillance efficace ne permet pas nécessairement de prendre de bonnes décisions, mais elle réduit les risques d'en prendre de mauvaises*

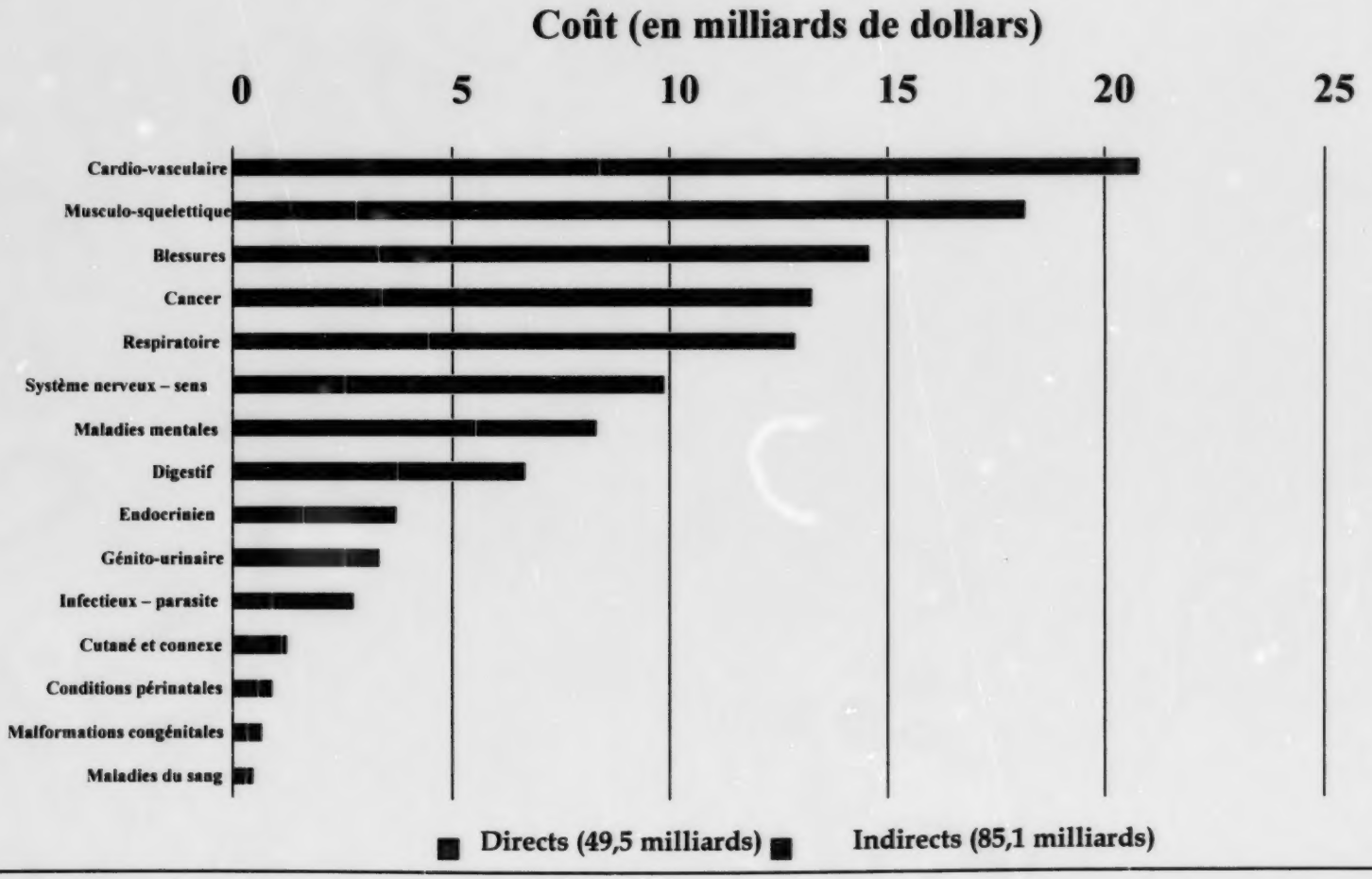
# Évaluation du statu quo

## *Système de surveillance et défaillances du LLCM*

| | BASELINE | ENHANCED | COMPREHENSIVE |
|---|---|---|---|
| Cardiovascular | | | |
| **Musculoskeletal** | | | |
| Injuries | | | |
| Cancer | | | |
| Respiratory | | | |
| **Nervous System/Sense** | | | |
| **Mental Disorders** | | | |
| **Digestive** | | | |
| Endocrine and Related | | | |
| **Genitourinary** | | | |
| Infectious/Parasitic | | | |
| **Skin and Related** | | | |
| Perinatal Conditions | | | |
| Birth Defects | | | |
| **Blood Diseases** | | | |
| **Others (e.g. PRION, etc)** | | | |

| | DE BASE | AMÉLIORÉ | COMPLET |
|---|---|---|---|
| Cardio-vasculaire | | | |
| Musculo-squelettique | | | |
| Blessures | | | |
| Cancer | | | |
| Respiratoire | | | |
| Système nerveux – sens | | | |
| Maladies mentales | | | |
| Digestif | | | |
| Endocrinien | | | |
| Génito-urinaire | | | |
| Infectieux – parasite | | | |
| Cutané et connexe | | | |
| Conditions périnatales | | | |
| Malformations congénitales | | | |
| Maladies du sang | | | |
| Autres (p. ex. prion, etc.) | | | |

*Distribution des coûts directs et indirects par catégorie de diagnostic, Canada, 1998 (prévisions)*



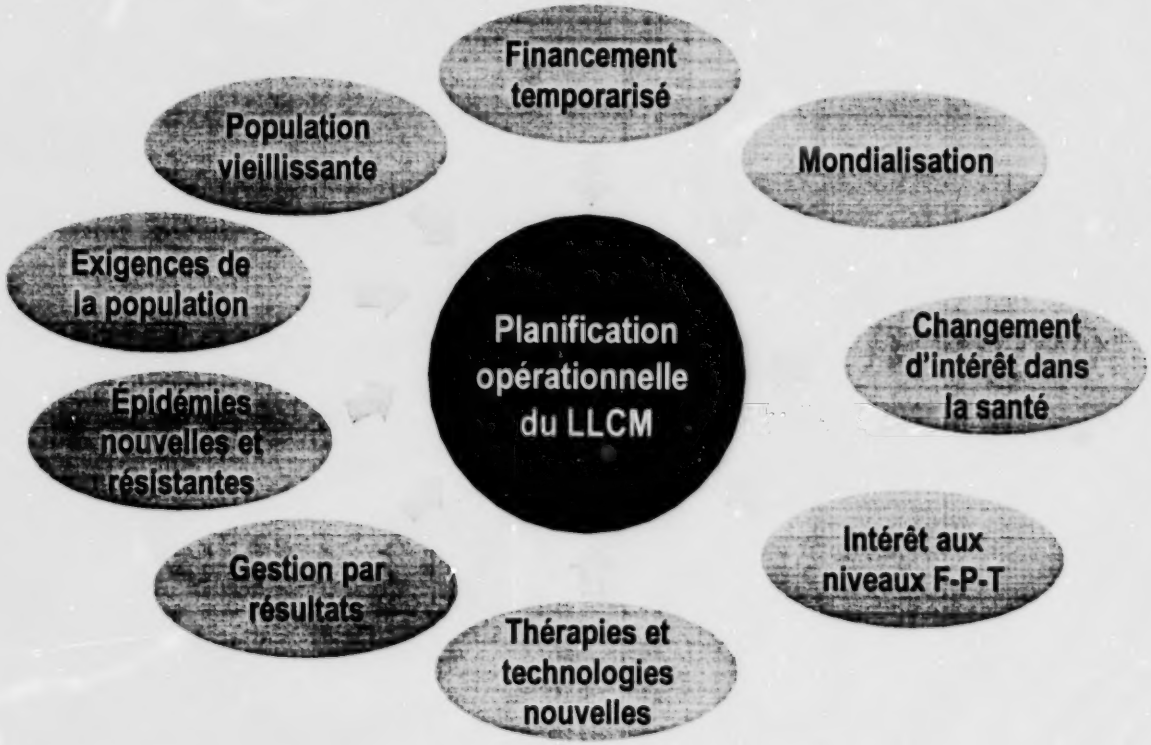
# L'environnement est en ***plein changement***

# *L'environnement en plein changement*
## *— Ce que nous avons constaté*

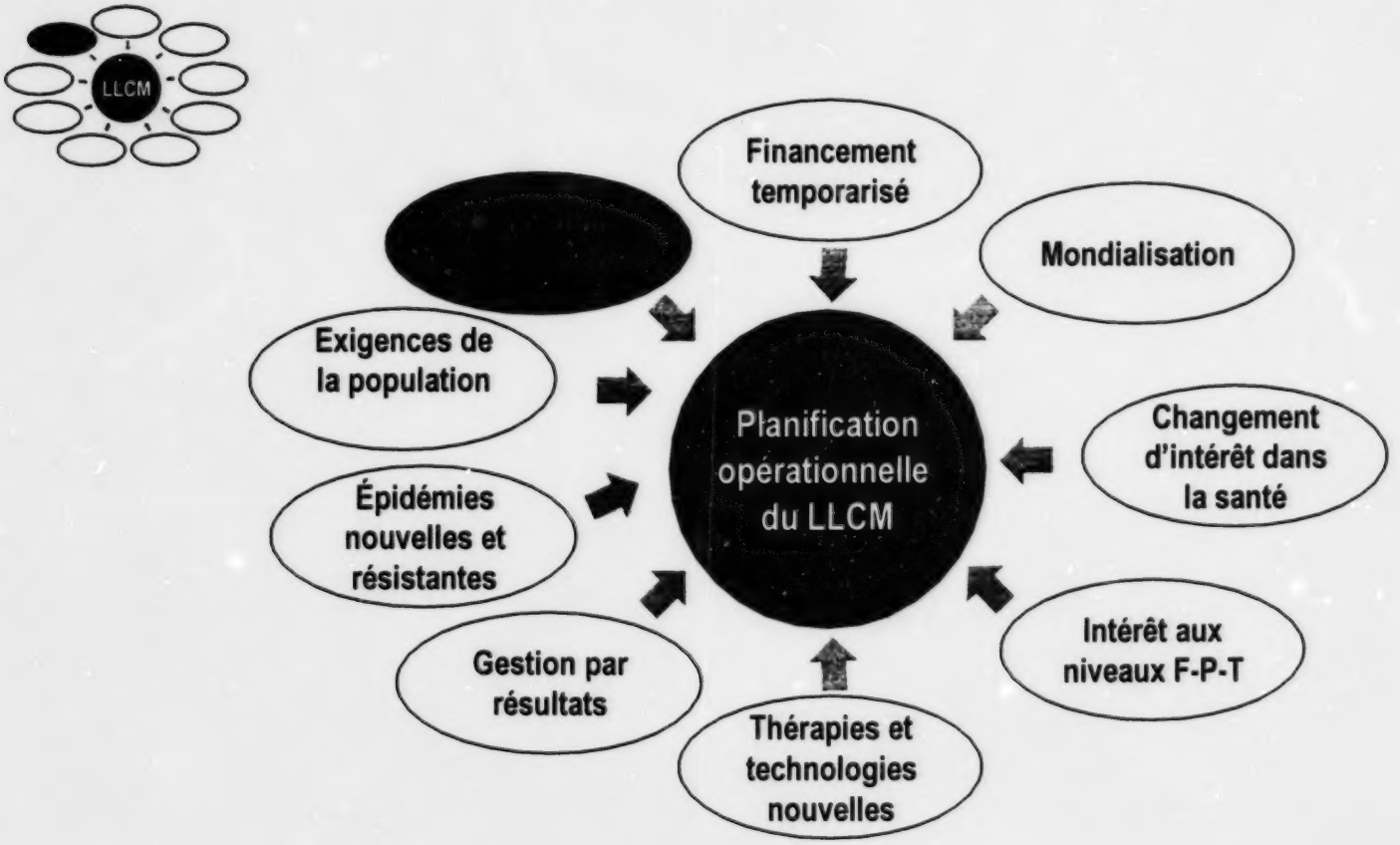
- **La population canadienne est vieillissante, ce qui change la structure du fardeau de la maladie**
- **Les exigences de la population augmentent**
- **Des épidémies nouvelles et résistantes se développent**
- **La prestation des services publics se concentre sur la gestion par résultats**
- **Des thérapies et des technologies nouvelles se préparent à changer la gamme des interventions et leur efficacité**
- **La santé publique prend de l'importance aux niveaux F-P-T**
- **Le centre d'intérêt dans la santé publique passe des maladies infectieuses aux maladies chroniques**
- **Les maladies et les réserves alimentaires sont déjà constatées du point de vue international**
- **Après une longue période, on ne dépend plus du financement temporarisé pour les programmes en cours**

# *L'environnement en plein changement*

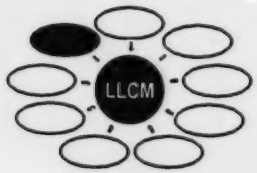
## Des facteurs convergents



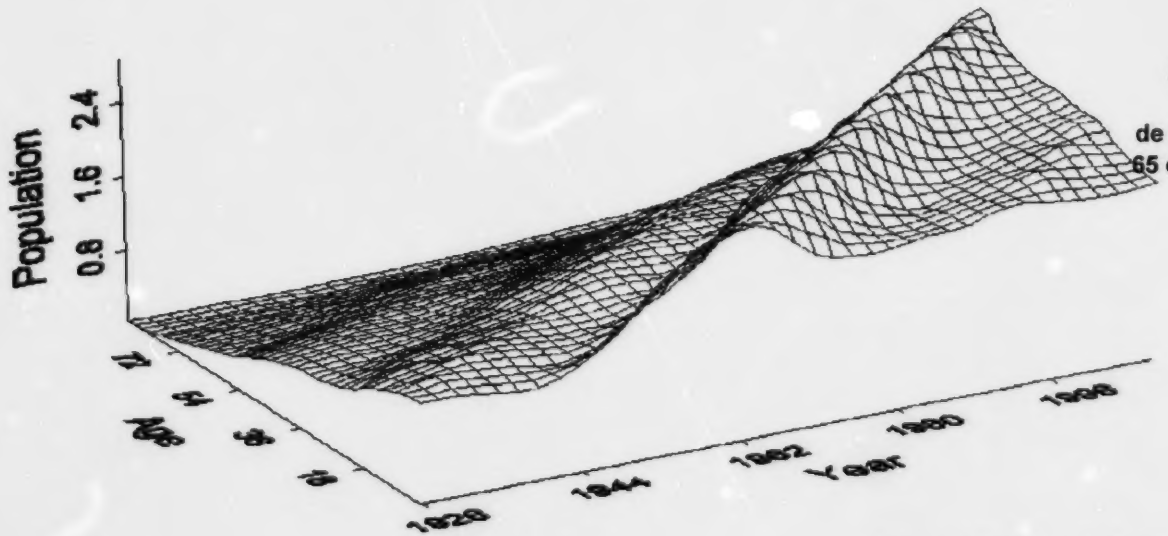
# *L'environnement en plein changement*



# *L'environnement en plein changement*
## *- La population vieillissante au Canada*



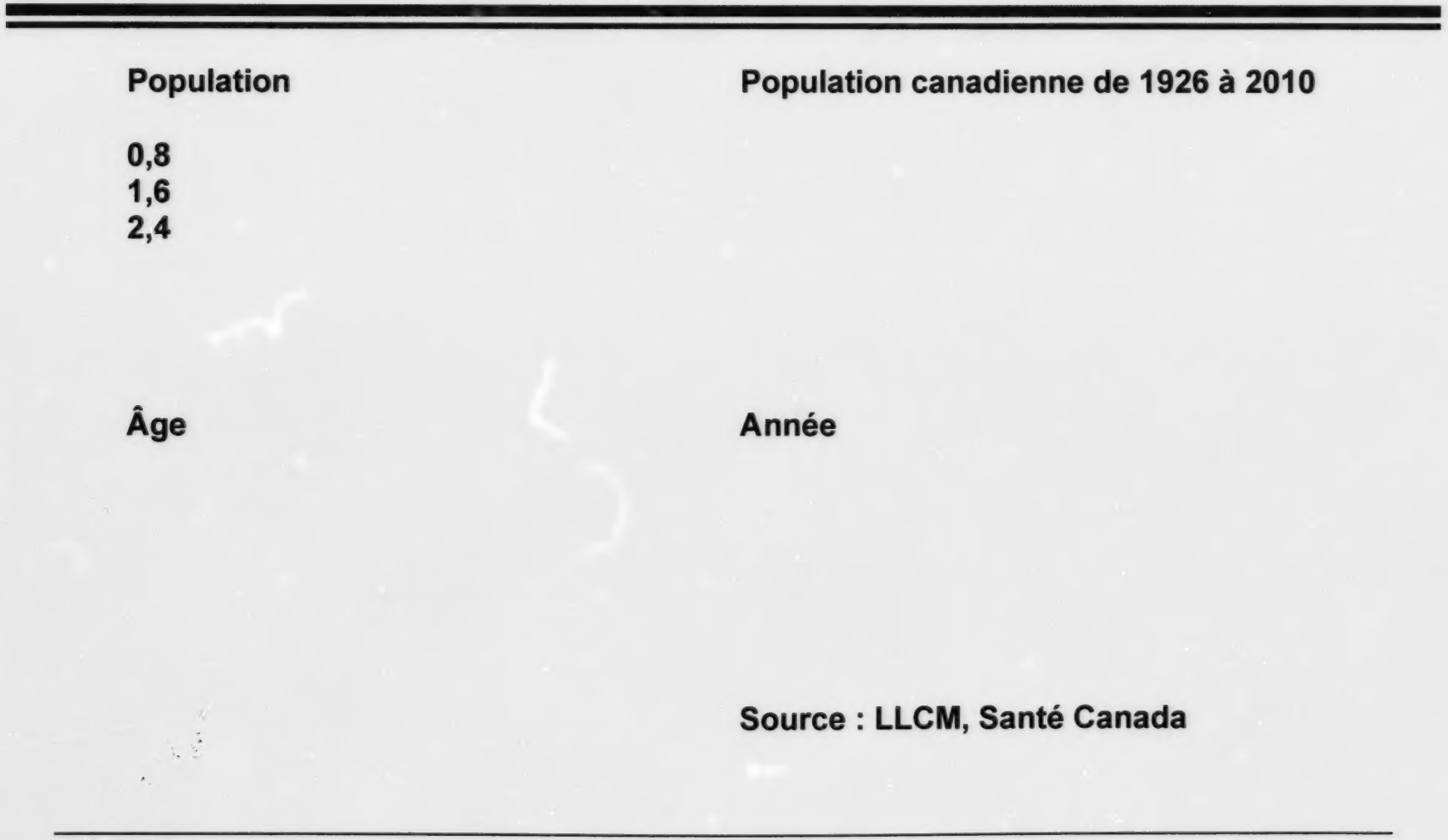

**Canadian Population, 1926 to 2010**




**Augmentation de population prévue**

| Âge | Année 1998 | 2008 | Pourcentage de changement |
|---|---|---|---|
| de 50 à 64 | 4 195 180 | 6 535 015 | *55,80 %* |
| 65 ou plus | 3 581 990 | 4 584 450 | *28,00 %* |

Source: LCDC Health Canada


Population
0,8
1,6
2,4
Âge
Population canadienne de 1926 à 2010
Année
Source : LLCM, Santé Canada

# *La population vieillissante au Canada*

- **Le vieillissement de la population et son influence sur les maladies chroniques** *(1998-2008)*
  - ↪ Maladie du coeur *(augmentation de 3,1 % des décès)*
  - ↪ Accident cérébrovasculaire *(augmentation de 13,9 % des décès)*
  - ↪ Cancer *(augmentation de **83 %** des décès dans la catégorie des 50 à 64 ans)*

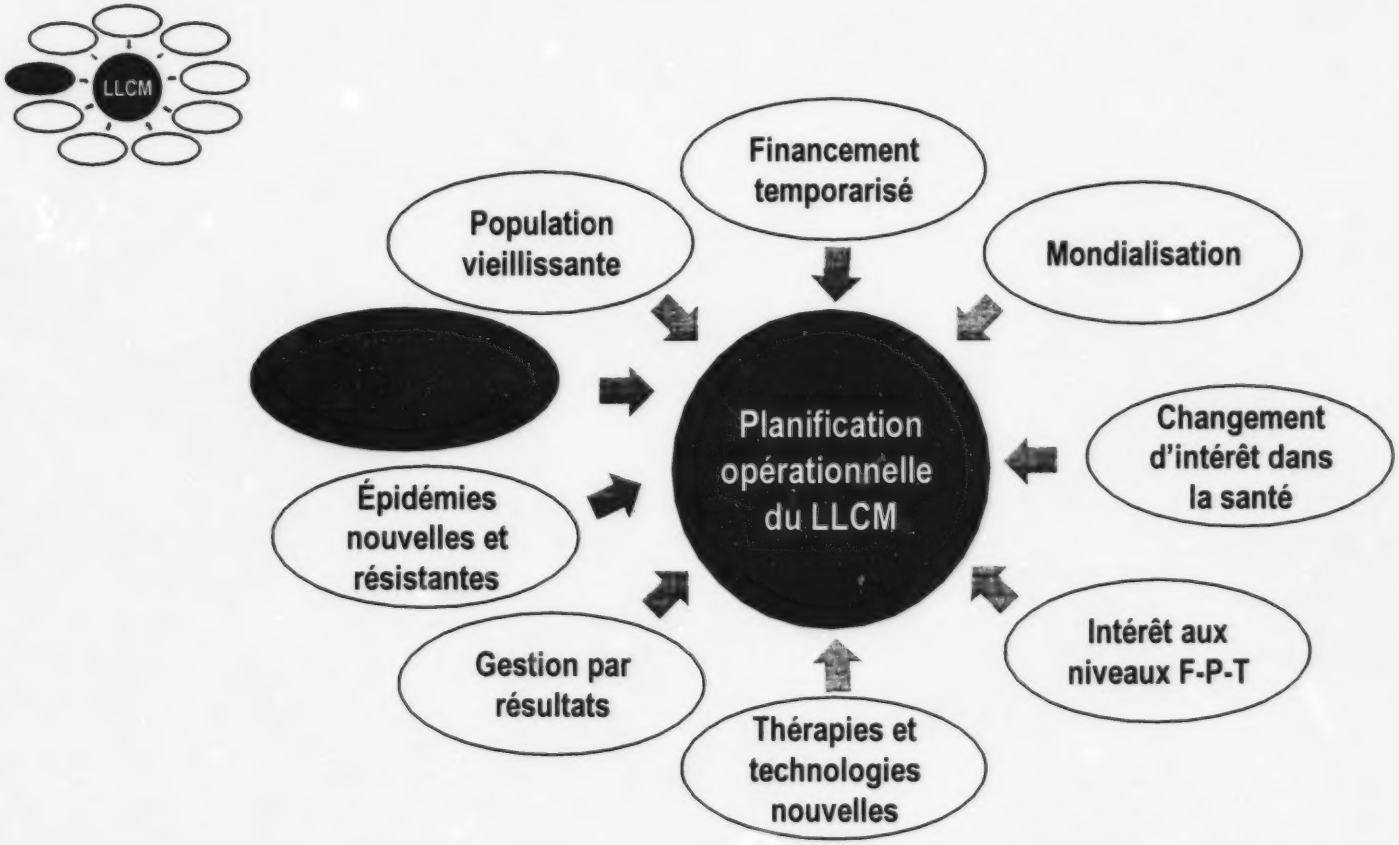
    *(augmentation de **54,2 %** pour les 64 ou plus)*
  - ↪ Santé mentale ***(aucune donnée disponible *)***
  - ↪ Diabète ***(aucune donnée disponible *)***
  - ↪ Arthrite ***(aucune donnée disponible *)***

**** ensemble, ces trois maladies accaparent jusqu'à 25 p. 100 du budget des soins de santé au Canada***

Augmentation prévue des cas de cancer

| | | de 50 à 65 | 65 ou plus |
|---|---|---|---|
| 1998 | femmes | 16 700,00 | 33 500,00 |
| | hommes | 18 000,00 | 43 100,00 |
| | *total* | 34 700,00 | 76 600,00 |
| | | de 50 à 65 | 65 ou plus |
| 2008 | femmes | 29 600,00 | 48 900,00 |
| | hommes | 33 900,00 | 69 200,00 |
| | *total* | 63 500,00 | 118 100,00 |
| % de changement | | 83,00 % | 54,18 % |

# *L'environnement en plein changement*



# *L'environnement en plein changement*
## *– Exigences de la population*

- **Favoriser la sensibilisation du public**
  - ↪ obtenir de plus amples connaissances
- **Les inquiétudes au sujet :**
  - ↪ des dangers toujours plus grands présents dans ce qui suit :
    - ✣ *les aliments*
    - ✣ *le sang*
    - ✣ *l'environnement*
    - ✣ *la résistance aux antimicrobiens*
  - ↪ des cas toujours plus nombreux de ce qui suit :
    - ✣ *les maladies cardiovasculaires*
    - ✣ *le cancer*
    - ✣ *le diabète*
    - ✣ *l'arthrite*

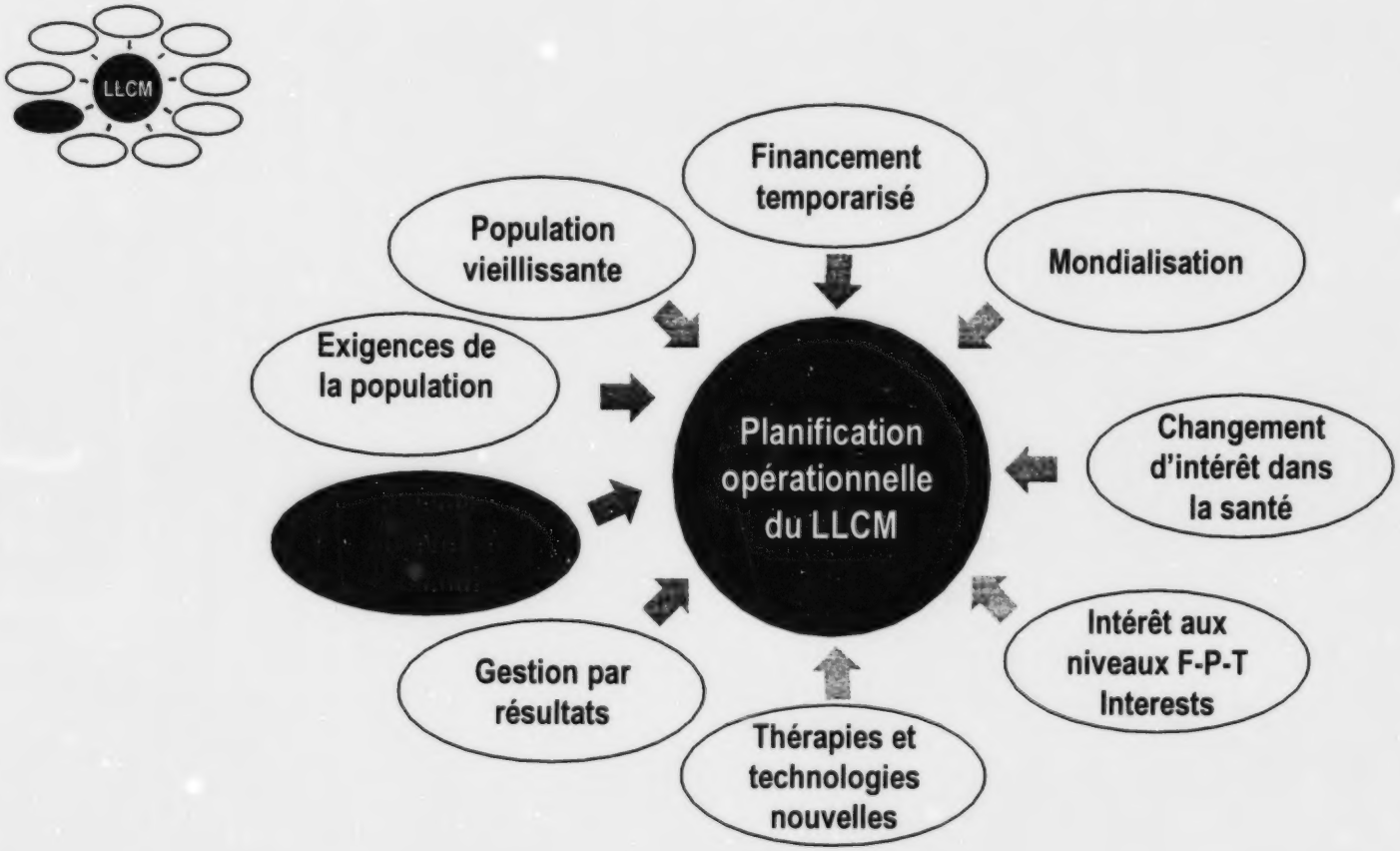
# *L'environnement en plein changement – Exigences de la population*

- **La perte de confiance dans le système de santé**
  - ↳ *une restructuration du système de santé a eu lieu au cours des dernières années*
  - ↳ *l'accès aux soins d'urgence semble poser problème*
  - ↳ *l'accès aux soins d'un spécialiste semble poser problème*

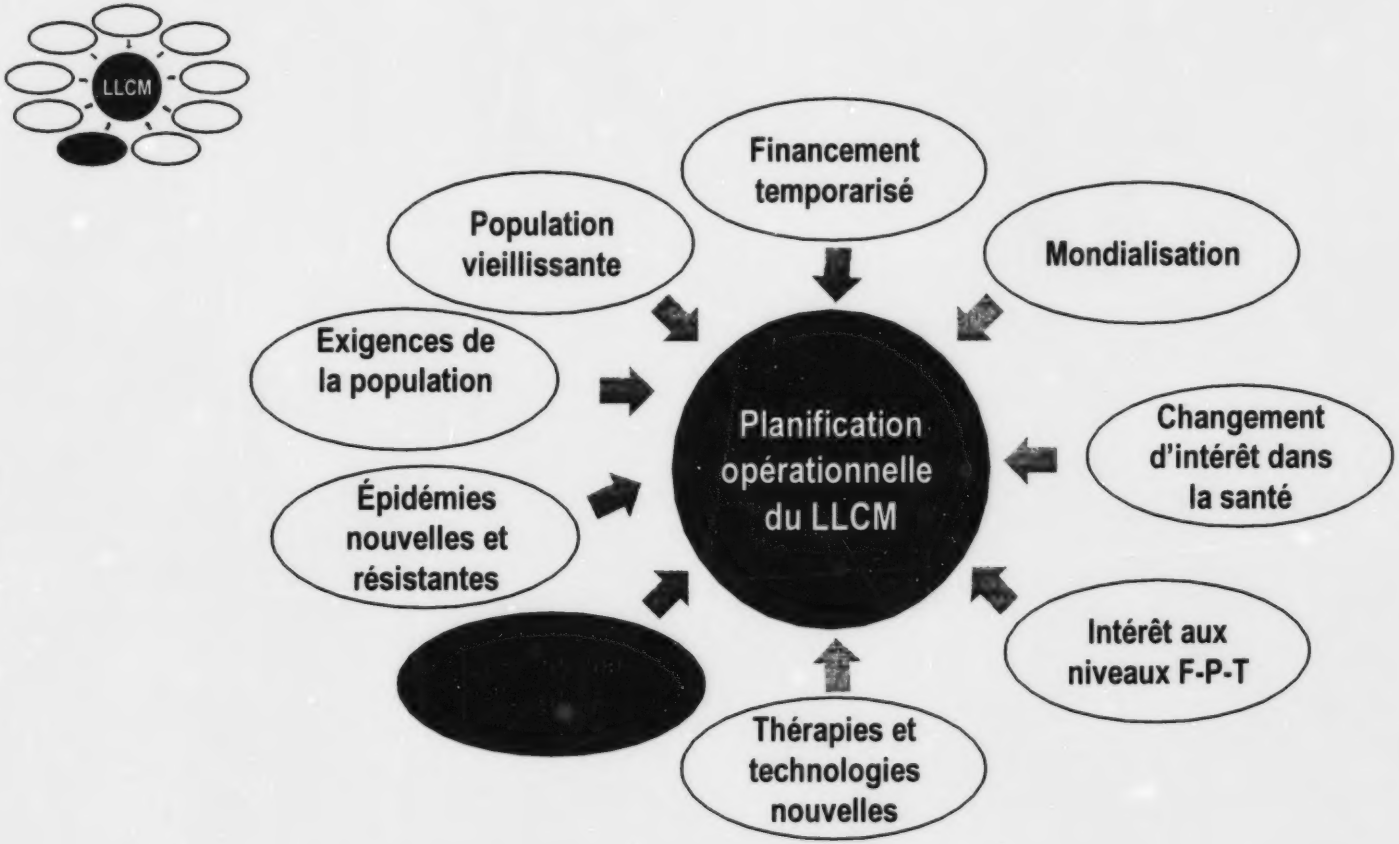
- **Il y a dans la population un mélange d'inquiétudes normales et d'idées fausses à cause du manque de faits précis**

- **L'héritage de Krever : la sensibilisation de la population à la santé et à la sécurité**

# *L'environnement en plein changement*



# *L'environnement en plein changement*



# *L'environnement en plein changement – Épidémies nouvelles et résistantes*

- **Les CDC visent ces domaines de maladie infectieuse dans sa stratégie pour le XXIe siècle :**
  - *Éviter l'apparition de maladies infectieuses*
  - ***Résistance aux antimicrobiens***
  - *Maladies d'origine **alimentaire** et **hydrique***
  - ***Maladies** à transmission vectorielle et **zoonoses** – H5N1 et H9N2*
  - *Maladies transmises par **transfusion sanguine** ou par les dérivés sanguins*
  - ***Maladies chroniques causées par des agents infectieux***
  - *Création et utilisation des **vaccins***
  - *Maladies chez les personnes dont les défenses sont affaiblies (VIH, greffes, personnes âgées)*
  - *Maladies des femmes enceintes et des nouveaux-nés*
  - *Maladies des voyageurs, des immigrants et des réfugiés*

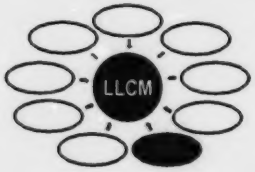
# *L'environnement en plein changement – Gestion par résultats*

- **Secrétariat du Conseil du Trésor**

  ↳ *«En 1995, le président a déclaré dans le premier chapitre de son rapport au Parlement que le gouvernement s'engageait à "**une philosophie de gestion fondée sur les faits**, sur les résultats, transparente et conforme aux principes de responsabilisation"» (Traduction)*

  ↳ *«Notre stratégie est de nous concentrer sur un engagement clair envers les résultats et **d'inclure la réalisation des programmes et les gestionnaires de politique dans la mesure du rendement**» (Traduction)*

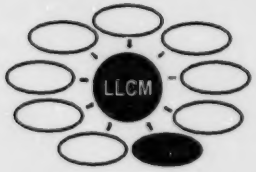
# *L'environnement en plein changement*



# *L'environnement en plein changement*
## *– Gestion par résultats*

- **Le cadre de surveillance du LLCM est l'outil principal de mesure des résultats du Ministère**
  - La surveillance du LLCM sert à :
    - *évaluer l'efficacité des programmes de santé publique de Santé Canada, p. ex. le tabac, les aliments, le diabète, le cancer, le sang*
    - *indiquer les programmes dont les buts et objectifs ne sont pas clairs ou ceux qui ne sont plus pertinents*

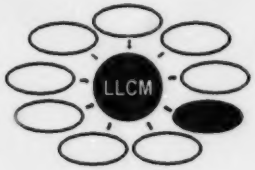
# *L'environnement en plein changement*
## *– Thérapies et technologies*



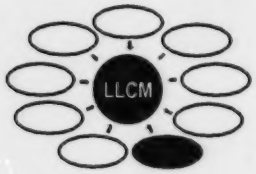

- **La recherche et le développement concernant les thérapies et les technologies pour des nouvelles maladies ont tendance à suivre l'industrie**

- **Médicaments américains dans le circuit de distribution :**
  - maladies infectieuses : 796
  - maladies chroniques : 1 445

# *L'environnement en plein changement*

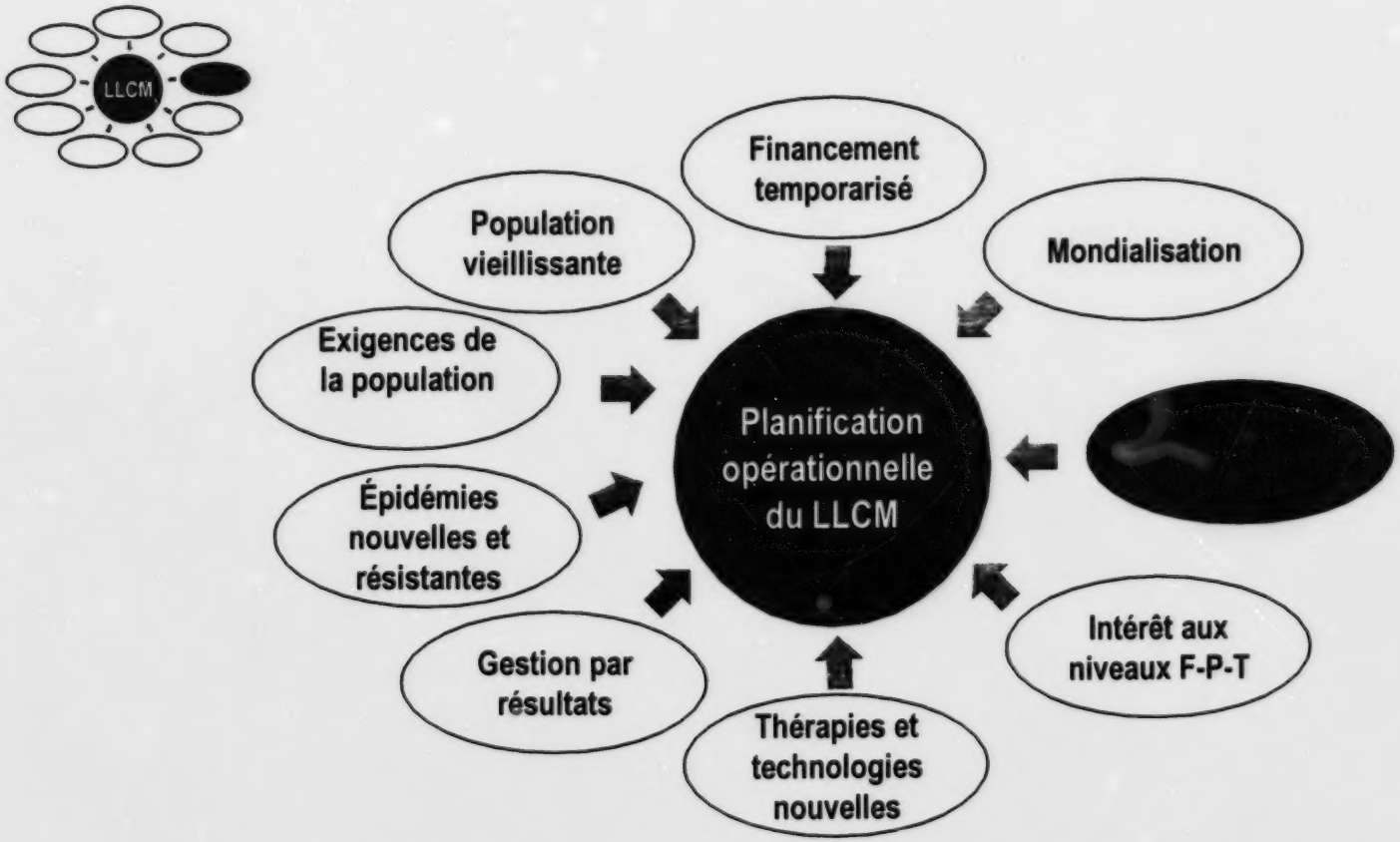


# *L'environnement en plein changement*
## *– Thérapies et technologies*

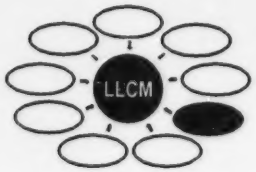



- **Il est très probable qu'au cours des cinq prochaines années seront introduites de nouvelles technologies pour :**
  - des diagnostics génétiques *(séquençage des gènes pour la surveillance)*
  - une imagerie médicale *(contrôle de prévention modifiant la distribution de la maladie)*
  - des tissus et organes génétiquement manipulés *(efficacité et effets indésirables)*
  - des diagnostics assistés par ordinateur *(contrôle de prévention modifiant la distribution de la maladie)*
  - des aides non implantés *(contrôle de prévention modifiant la distribution de la maladie)*
  - appareils de prévention des infections *(efficacité et effets indésirables)*

# *L'environnement en plein changement*

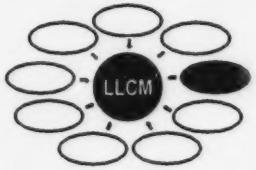


# *L'environnement en plein changement*
## *– Intérêts aux niveaux F-P-T*




- **Un soutien grandissant des P-T au niveau du SM poussant le gouvernement fédéral à s'impliquer davantage dans le domaine de la santé publique *(SM CB, août 1998)***
- **Une infrastructure de santé publique qui s'érode**
- **Des exigences grandissantes de la part des intervenants et des partenaires qui exigent des prises de mesures en matière de contrôle et de prévention de la maladie**
- **Une sensibilisation croissante aux responsabilités juridiques et aux engagements financiers**
- **Voici quelques nouveaux partenariats possibles :**
  - ↪ *Les provinces, les comtés, les municipalités*
  - ↪ *Les organisations non gouvernementales*
  - ↪ *L'ICIS*
  - ↪ *Les associations médicales professionnelles*
  - ↪ *La communauté internationale*

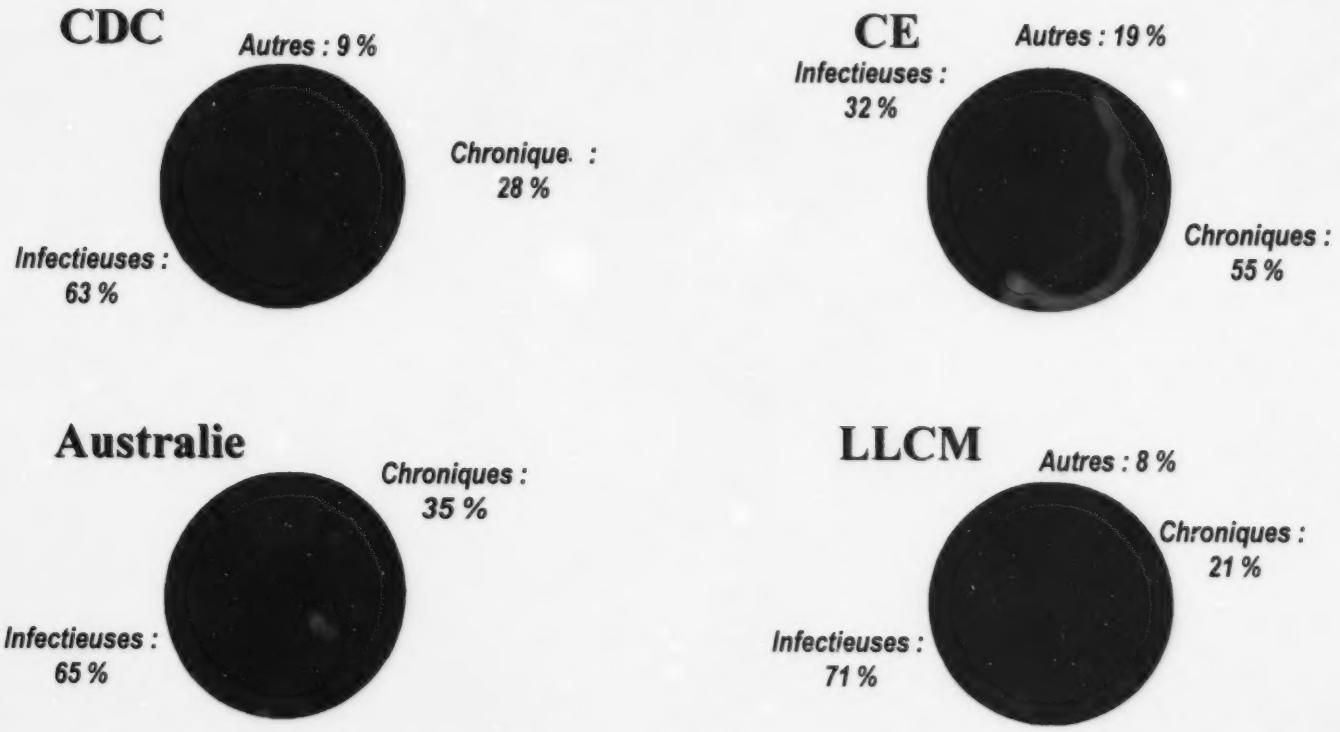
# *L'environnement en plein changement*
## *– Changement de direction dans les soins de santé*



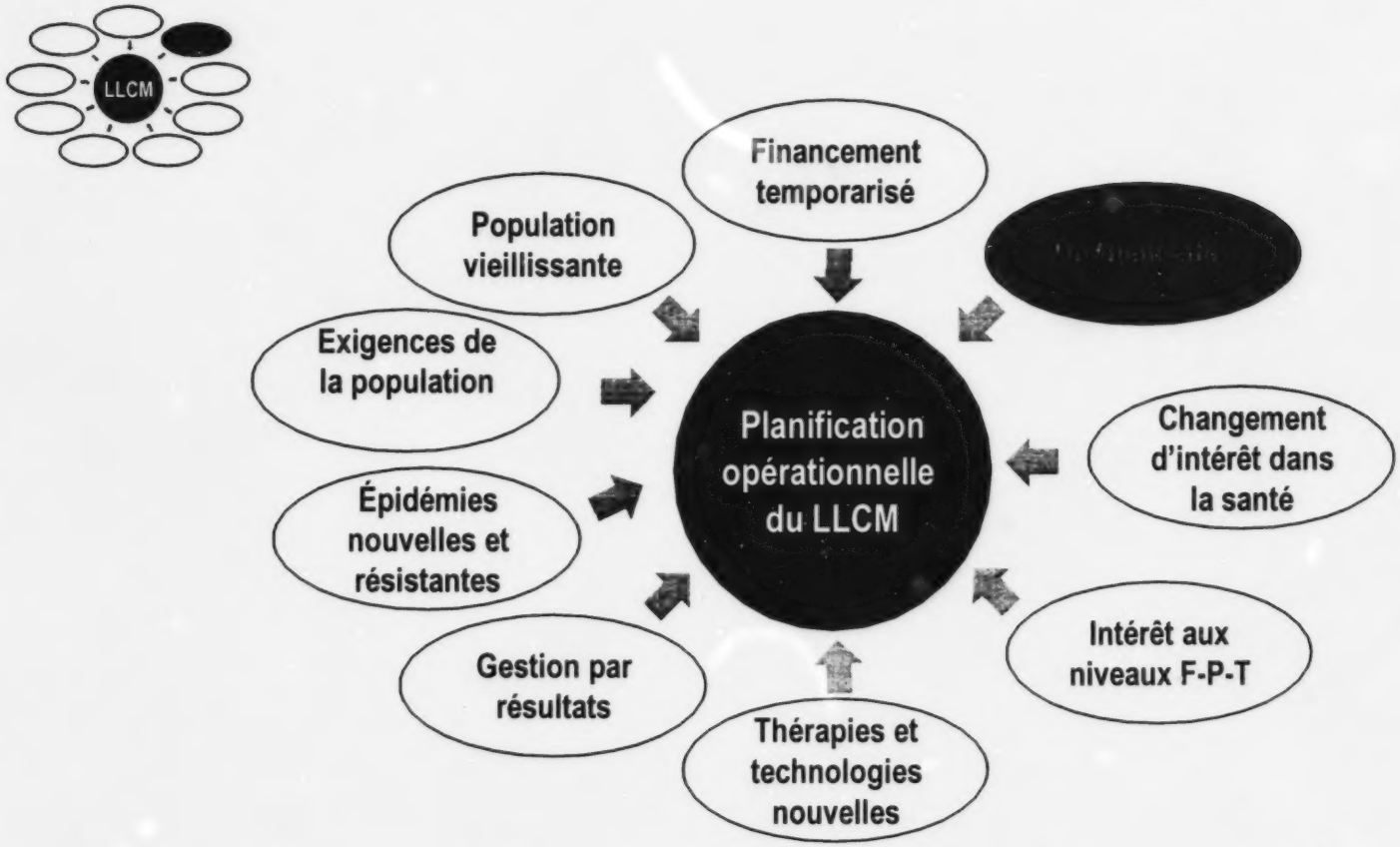

| Avant | Maintenant |
|---|---|
| Soins de malade aigu | Soins de longue durée – Gestion des soins |
| Gestion des maladies | Gestion de la santé |
| Soins hospitaliers | Système de soins intégré |
| Échelle régionale | Échelle mondiale |
| Gestion des patients centralisée | Gestion des soins locale |
| Mené par les dispensateurs de services | Concentré sur les patients |
| Fixation des priorités politique | Fixation des priorités d'après les faits |

# L'environnement en plein changement
## -Changement de direction dans les soins de santé

Changement de direction dans la surveillance



# *L'environnement en plein changement*



# *Planification et restructuration opérationnelles du LLCM*

***Présentation faite au***

## Conseil consultatif scientifique

***Le 19 mai 1999***

# *Évaluation du statu quo*

- Nos origines
  - **Le LLCM a été établi en 1972**
  - **mandat**
    - *effectuer et favoriser des enquêtes et des travaux de recherche sur les problèmes de santé canadiens*
    - *servir de Laboratoire de référence dans le domaine de la santé publique nationale*
    - *établir des services et effectuer des travaux de recherche dans les domaines de laboratoire de santé publique et de laboratoire clinique*
  - **En 1982, nous avions trois ou quatre épidémiologistes médicaux et un budget de 17 millions de dollars**
- Où nous en sommes aujourd'hui
  - **271 employés**
  - **un budget de 47 millions de dollars**
  - **mandat : «le centre national d'identification, de recherche et de prévention et de contrôle des maladies qui affectent l'être humain»**

# *Évaluation du statu quo*

- **Au cours des 7 ou 8 dernières années**
  - le LLCM s'est rapidement développé
  - les nouvelles compétences du domaine de la santé publique se sont mises à représenter les priorités du gouvernement, *comme le VIH et le SIDA*, plutôt que les évaluations de gestion des risques fondées sur des faits
  - les relations nationales-internationales se sont améliorées
  - le contrôle de la santé publique au Canada est *devenu célèbre dans le monde*

la carte des postes de contrôle n'est disponible que sur papier

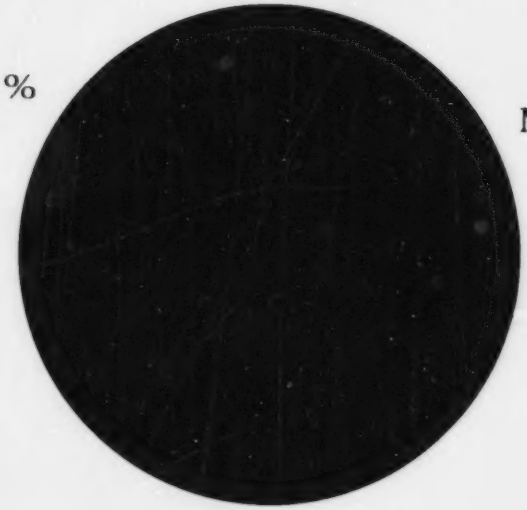
# *Évaluation du statu quo*
## *Objectif actuel : le budget du LLCM de 1999-2000*

### Budget du LLCM

**Autres : 8 %**

**Maladies infectieuses : 71 %**

- *VIH-SIDA*
- *Hématogènes*
- *Alimentaires*
- *Nosocomiales*
- *MTS, tuberculose*
- *Résistance aux antimicrobiens*



**Maladies chroniques : 21 %**

- *Cancer*
- *Cardio-vasculaires*
- *Diabète*
- *Infantiles et liées à la reproduction*

# *Évaluation du statu q.ıo*

- **Utilisation de la surveillance de la santé publique dans l'évolution**
  - **détecter des épidémies, définir un problème** *(alimentation, grippe, VIHSIDA)*
  - **évaluer les mesures de lutte** *(moindre importance)*
  - **déterminer la distribution géographique de la maladie** *(moindre importance)*
  - **dépeindre l'évolution naturelle d'une maladie**
  - **produire les hypothèses et stimuler la recherche** *(mal reliées à la programmation)*
  - **contrôler les changements qui se produisent dans les agents infectieux** *(résistance aux antimicrobiens)*
  - **constater des changements dans les pratiques sanitaires** *(moindre importance)*
  - **faciliter la planification**
    - *Planification du Ministère (relation limitée à la surveillance)*
    - *Planification de la Direction (dirigée par le Bureau)*

# *Évaluation du statu quo*

- **Surveillance efficace de la santé publique**
  - *la base d'une surveillance efficace est l'échange actuel et exact de renseignements dans les deux sens entre tous ceux qui en ont besoin*
  - *une surveillance efficace ne permet pas nécessairement de prendre de bonnes décisions, mais elle réduit les risques d'en prendre de mauvaises*

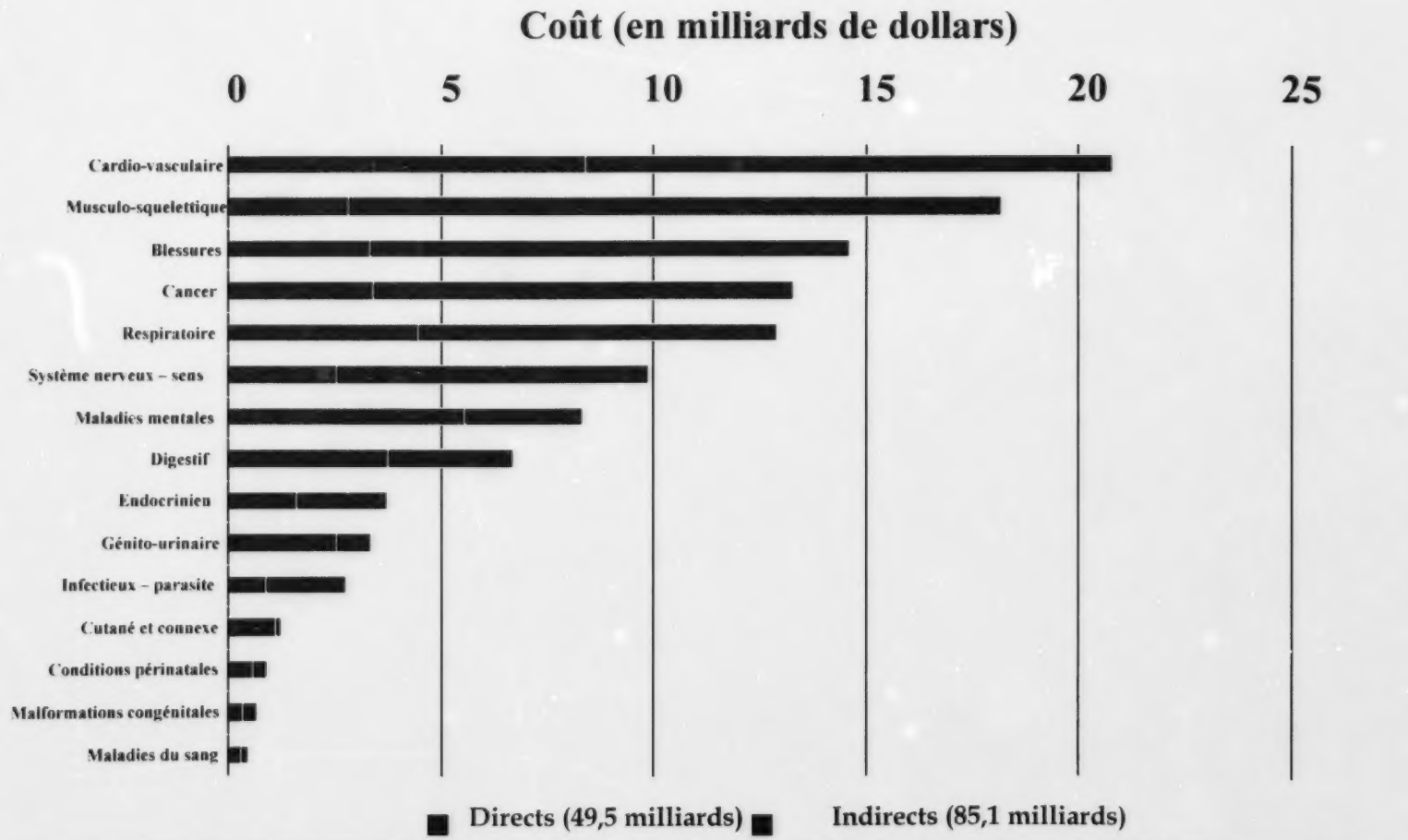
# Évaluation du statu quo

## *Système de surveillance et défaillances du LLCM*

| | BASELINE | ENHANCED | COMPREHENSIVE |
|---|---|---|---|
| Cardiovascular | | | |
| Musculoskeletal | | | |
| Injuries | | | |
| Cancer | | | |
| Respiratory | | | |
| Nervous System/Sense | | | |
| Mental Disorders | | | |
| Digestive | | | |
| Endocrine and Related | | | |
| Genitourinary | | | |
| Infectious/Parasitic | | | |
| Skin and Related | | | |
| Perinatal Conditions | | | |
| Birth Defects | | | |
| Blood Diseases | | | |
| Others (e.g. PRION, etc) | | | |

| | DE BASE | AMÉLIORÉ | COMPLET |
|---|---|---|---|
| Cardio-vasculaire | | | |
| Musculo-squelettique | | | |
| Blessures | | | |
| Cancer | | | |
| Respiratoire | | | |
| Système nerveux – sens | | | |
| Maladies mentales | | | |
| Digestif | | | |
| Endocrinien | | | |
| Génito-urinaire | | | |
| Infectieux – parasite | | | |
| Cutané et connexe | | | |
| Conditions périnatales | | | |
| Malformations congénitales | | | |
| Maladies du sang | | | |
| Autres (p. ex. prion, etc.) | | | |

*Distribution des coûts directs et indirects par catégorie de diagnostic, Canada, 1998 (prévisions)*



# L'environnement est en ***plein changement***

# *L'environnement en plein changement*
## *— Ce que nous avons constaté*

- **La population canadienne est vieillissante, ce qui change la structure du fardeau de la maladie**
- **Les exigences de la population augmentent**
- **Des épidémies nouvelles et résistantes se développent**
- **La prestation des services publics se concentre sur la gestion par résultats**
- **Des thérapies et des technologies nouvelles se préparent à changer la gamme des interventions et leur efficacité**
- **La santé publique prend de l'importance aux niveaux F-P-T**
- **Le centre d'intérêt dans la santé publique passe des maladies infectieuses aux maladies chroniques**
- **Les maladies et les réserves alimentaires sont déjà constatées du point de vue international**
- **Après une longue période, on ne dépend plus du financement temporarisé pour les programmes en cours**

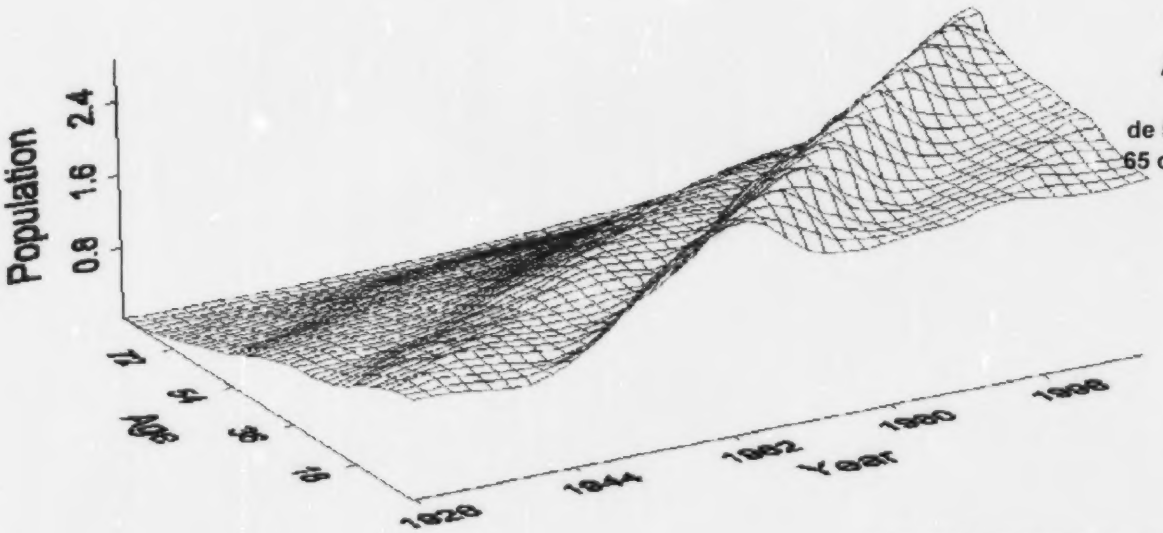
# *L'environnement en plein changement*

## Des facteurs convergents

# *L'environnement en plein changement*

# *L'environnement en plein changement*
## *- La population vieillissante au Canada*

**Canadian Population, 1926 to 2010**




**Augmentation de population prévue**

| Âge | Année 1998 | 2008 | Pourcentage de changement |
|---|---|---|---|
| de 50 à 64 | 4 195 180 | 6 535 015 | *55,80 %* |
| 65 ou plus | 3 581 990 | 4 584 450 | *28,00 %* |

Source: LCDC Health Canada

**Population**

**0,8**
**1,6**
**2,4**

**Âge**

**Population canadienne de 1926 à 2010**

**Année**

**Source : LLCM, Santé Canada**

# *La population vieillissante au Canada*

- **Le vieillissement de la population et son influence sur les maladies chroniques** *(1998-2008)*
  - Maladie du coeur *(augmentation de 3,1 % des décès)*
  - Accident cérébrovasculaire *(augmentation de 13,9 % des décès)*
  - Cancer *(augmentation de **83 %** des décès dans la catégorie des 50 à 64 ans)*

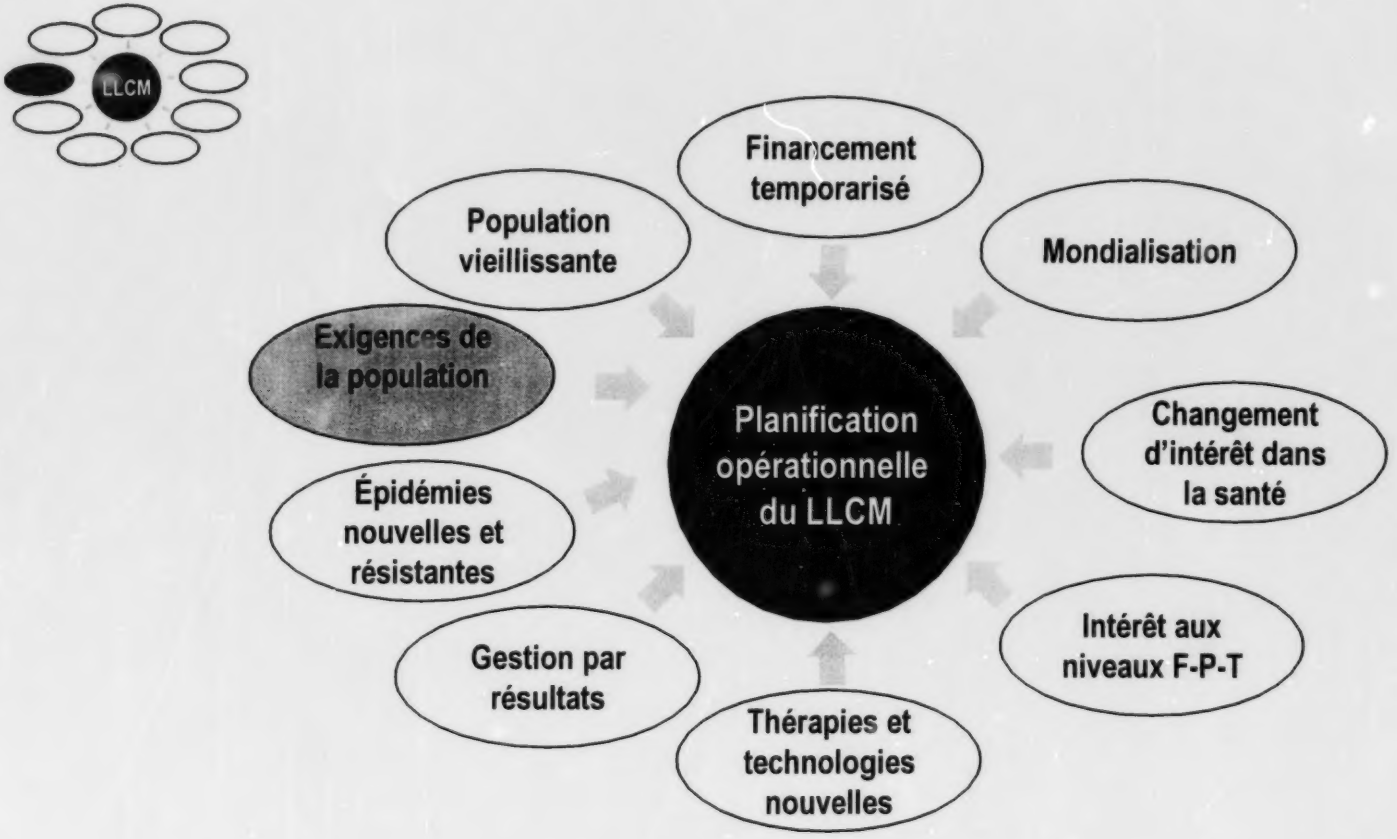
    *(augmentation de **54,2 %** pour les 64 ou plus)*
  - Santé mentale ***(aucune donnée disponible *)***
  - Diabète ***(aucune donnée disponible *)***
  - Arthrite ***(aucune donnée disponible *)***

**** ensemble, ces trois maladies accaparent jusqu'à 25 p. 100 du budget des soins de santé au Canada***

Augmentation prévue des cas de cancer

| | | de 50 à 65 | 65 ou plus |
|---|---|---|---|
| 1998 | femmes | 16 700,00 | 33 500,00 |
| | hommes | 18 000,00 | 43 100,00 |
| | *total* | 34 700,00 | 76 600,00 |
| | | de 50 à 65 | 65 ou plus |
| 2008 | femmes | 29 600,00 | 48 900,00 |
| | hommes | 33 900,00 | 69 200,00 |
| | *total* | 63 500,00 | 118 100,00 |
| | % de changement | 83,00 % | 54,18 % |

# *L'environnement en plein changement*



# *L'environnement en plein changement*
## *– Exigences de la population*

- **Favoriser la sensibilisation du public**
  - obtenir de plus amples connaissances
- **Les inquiétudes au sujet :**
  - des dangers toujours plus grands présents dans ce qui suit :
    - *les aliments*
    - *le sang*
    - *l'environnement*
    - *la résistance aux antimicrobiens*
  - des cas toujours plus nombreux de ce qui suit :
    - *les maladies cardiovasculaires*
    - *le cancer*
    - *le diabète*
    - *l'arthrite*

# *L'environnement en plein changement*
## *– Exigences de la population*

- **La perte de confiance dans le système de santé**
  - *une restructuration du système de santé a eu lieu au cours des dernières années*
  - *l'accès aux soins d'urgence semble poser problème*
  - *l'accès aux soins d'un spécialiste semble poser problème*

- **Il y a dans la population un mélange d'inquiétudes normales et d'idées fausses à cause du manque de faits précis**

- **L'héritage de Krever : la sensibilisation de la population à la santé et à la sécurité**

# *L'environnement en plein changement*

# *L'environnement en plein changement*

# *L'environnement en plein changement*
## *– Épidémies nouvelles et résistantes*

- **Les CDC visent ces domaines de maladie infectieuse dans sa stratégie pour le XXIe siècle :**
  - *Éviter l'apparition de maladies infectieuses*
  - ***Résistance aux antimicrobiens***
  - *Maladies d'origine **alimentaire** et **hydrique***
  - ***Maladies** à transmission vectorielle et **zoonoses** – H5N1 et H9N2*
  - *Maladies transmises par **transfusion sanguine** ou par les dérivés sanguins*
  - ***Maladies chroniques causées par des agents infectieux***
  - *Création et utilisation des **vaccins***
  - *Maladies chez les personnes dont les défenses sont affaiblies (VIH, greffes, personnes âgées)*
  - *Maladies des femmes enceintes et des nouveaux-nés*
  - *Maladies des voyageurs, des immigrants et des réfugiés*

# *L'environnement en plein changement – Gestion par résultats*

- **Secrétariat du Conseil du Trésor**
  - *«En 1995, le président a déclaré dans le premier chapitre de son rapport au Parlement que le gouvernement s'engageait à "**une philosophie de gestion fondée sur les faits**, sur les résultats, transparente et conforme aux principes de responsabilisation"» (Traduction)*
  - *«Notre stratégie est de nous concentrer sur un engagement clair envers les résultats et **d'inclure la réalisation des programmes et les gestionnaires de politique dans la mesure du rendement**» (Traduction)*

# *L'environnement en plein changement*

# *L'environnement en plein changement*
## *– Gestion par résultats*

- **Le cadre de surveillance du LLCM est l'outil principal de mesure des résultats du Ministère**
  - La surveillance du LLCM sert à :
    - *évaluer l'efficacité des programmes de santé publique de Santé Canada, p. ex. le tabac, les aliments, le diabète, le cancer, le sang*
    - *indiquer les programmes dont les buts et objectifs ne sont pas clairs ou ceux qui ne sont plus pertinents*

# *L'environnement en plein changement*
## *– Thérapies et technologies*

- **La recherche et le développement concernant les thérapies et les technologies pour des nouvelles maladies ont tendance à suivre l'industrie**

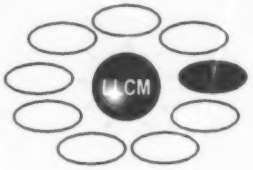
- **Médicaments américains dans le circuit de distribution :**
  - maladies infectieuses : 796
  - maladies chroniques : 1 445

# *L'environnement en plein changement*

# *L'environnement en plein changement*
## *– Thérapies et technologies*

- **Il est très probable qu'au cours des cinq prochaines années seront introduites de nouvelles technologies pour :**
  - des diagnostics génétiques *(séquençage des gènes pour la surveillance)*
  - une imagerie médicale *(contrôle de prévention modifiant la distribution de la maladie)*
  - des tissus et organes génétiquement manipulés *(efficacité et effets indésirables)*
  - des diagnostics assistés par ordinateur *(contrôle de prévention modifiant la distribution de la maladie)*
  - des aides non implantés *(contrôle de prévention modifiant la distribution de la maladie)*
  - appareils de prévention des infections *(efficacité et effets indésirables)*

# *L'environnement en plein changement*



# *L'environnement en plein changement*
## *– Intérêts aux niveaux F-P-T*

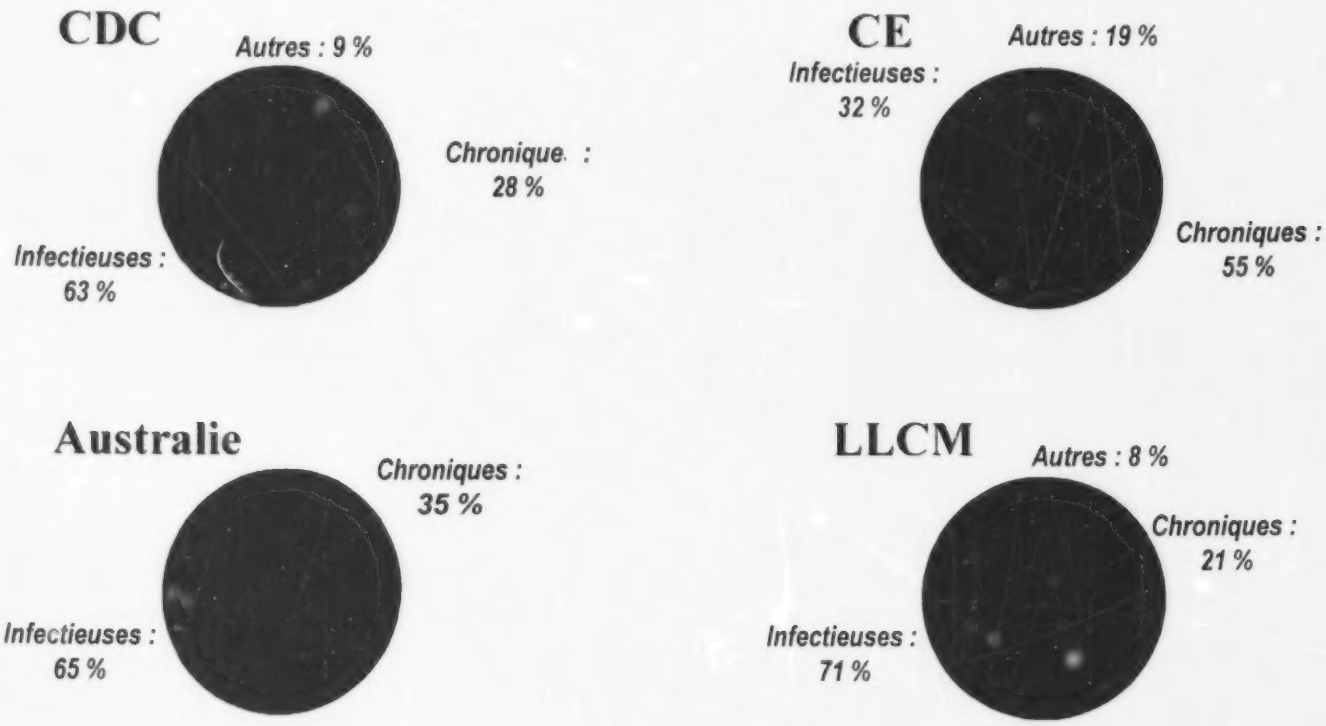
- **Un soutien grandissant des P-T au niveau du SM poussant le gouvernement fédéral à s'impliquer davantage dans le domaine de la santé publique *(SM CB, août 1998)***
- **Une infrastructure de santé publique qui s'érode**
- **Des exigences grandissantes de la part des intervenants et des partenaires qui exigent des prises de mesures en matière de contrôle et de prévention de la maladie**
- **Une sensibilisation croissante aux responsabilités juridiques et aux engagements financiers**
- **Voici quelques nouveaux partenariats possibles :**
  - *Les provinces, les comtés, les municipalités*
  - *Les organisations non gouvernementales*
  - *L'ICIS*
  - *Les associations médicales professionnelles*
  - *La communauté internationale*

# *L'environnement en plein changement*
## *– Changement de direction dans les soins de santé*

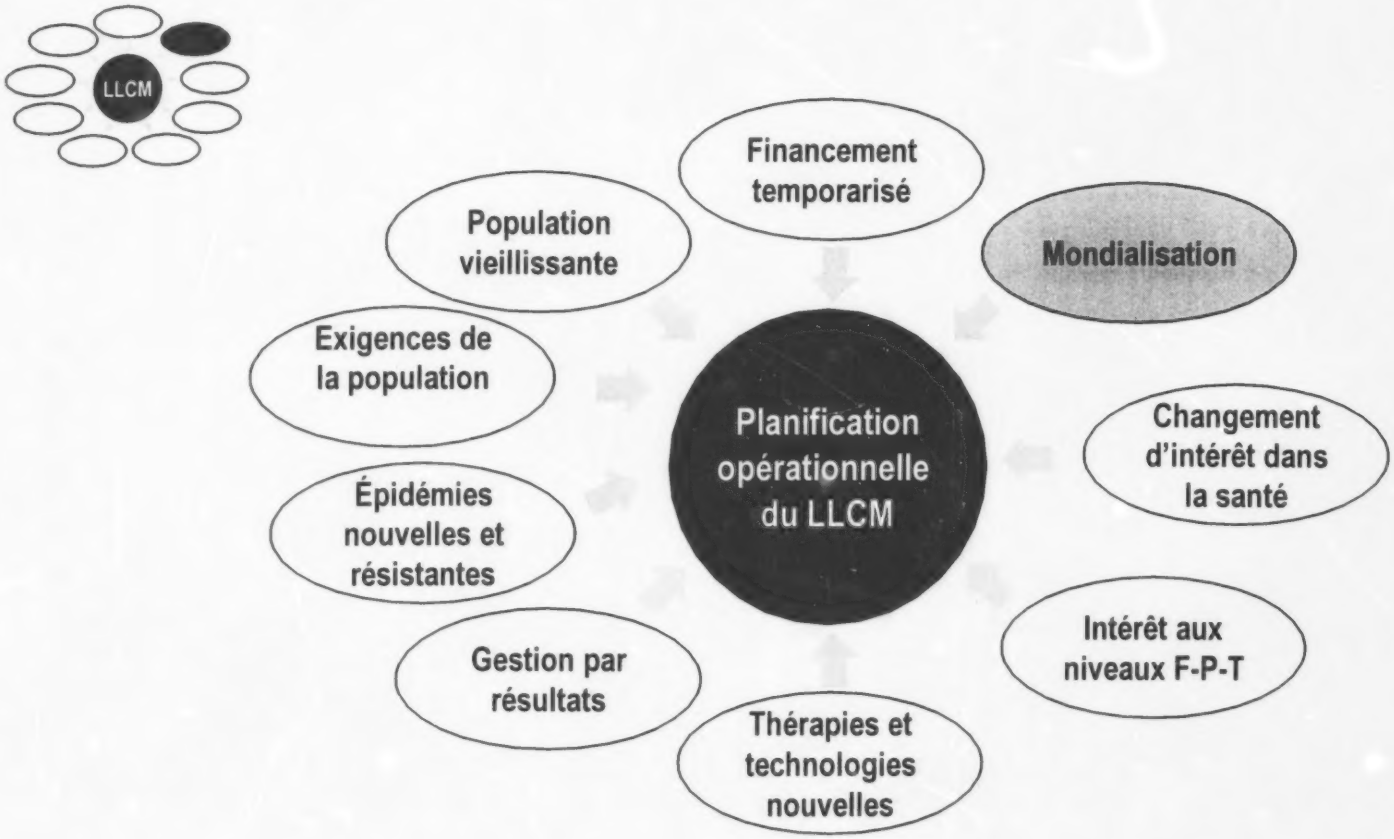
| Avant | | Maintenant |
|---|---|---|
| Soins de malade aigu | → | Soins de longue durée – Gestion des soins |
| Gestion des maladies | → | Gestion de la santé |
| Soins hospitaliers | → | Système de soins intégré |
| Échelle régionale | → | Échelle mondiale |
| Gestion des patients centralisée | → | Gestion des soins locale |
| Mené par les dispensateurs de services | → | Concentré sur les patients |
| Fixation des priorités politique | → | Fixation des priorités d'après les faits |

# *L'environnement en plein changement*
## *–Changement de direction dans les soins de santé*

Changement de direction dans la surveillance



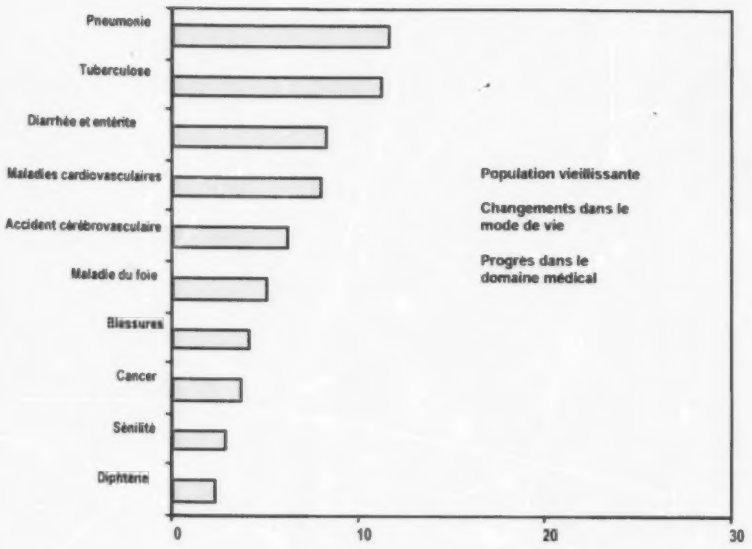
# *L'environnement en plein changement*



# *L'environnement en plein changement*
## *– Changement de direction dans les soins de santé*

**Charte de base**
**1900**

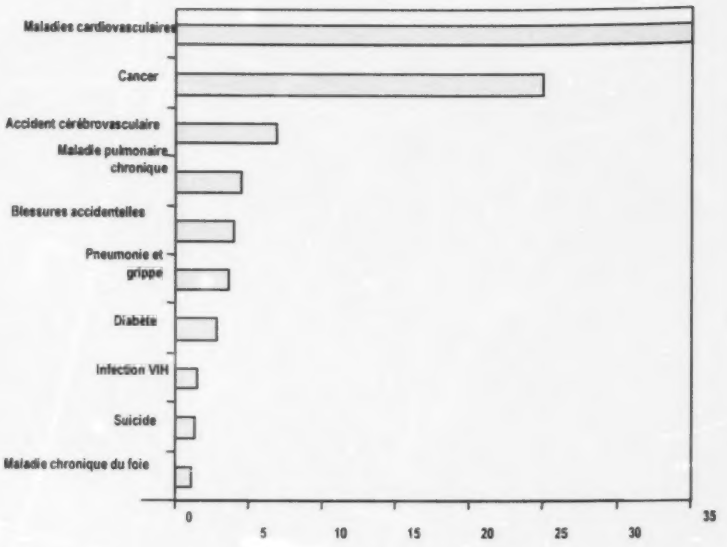
Contrôle des maladies infectieuses




*Pourcentage des décès*

**Nouvelle charte**
**1996**

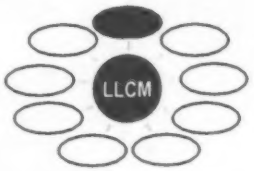
Contrôle et prévention des maladies infectieuses et chroniques




*Pourcentage des décès*

Laboratoire de lutte contre la maladie – Une stratégie d'avenir

# *L'environnement en plein changement*



# *L'environnement en plein changement – La mondialisation*

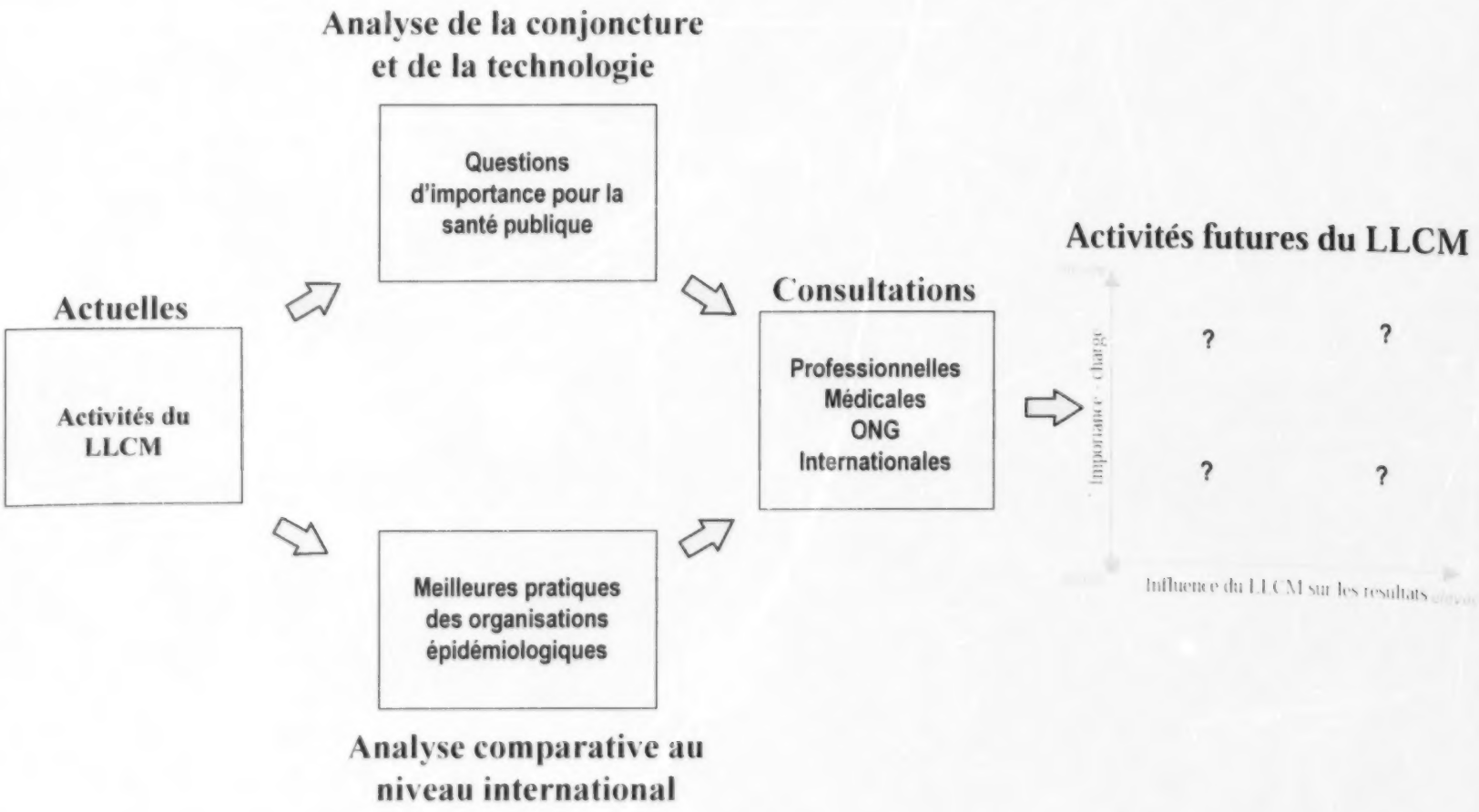
- **Problèmes**
  - **les maladies infectieuses : il suffit d'un voyageur pour déclencher une épidémie**
  - **l'approvisionnement alimentaire est maintenant considéré au point de vue mondial**
    - *régimes de réglementation différents*
  - **la détérioration de l'environnement ouvre les frontières**
- **Solutions**
  - **une surveillance aux échelles nationale, continentale et mondiale qui fournisse les preuves nécessaires pour adopter des mesures ainsi que l'évaluation des résultats**

# L'avenir en perspective

# *Avancer vers l'avenir*

- **Comment le LLCM définira-t-il les futures priorités?**
  - **analyse de la conjoncture**
  - **analyse comparative au niveau international**
  - **consultations à l'extérieur *(organisations professionnelles et ONG)***
  - **Comité consultatif international**
  - **mécanisme de consultation interne ayant pour but de mieux respecter les priorités du gouvernement**

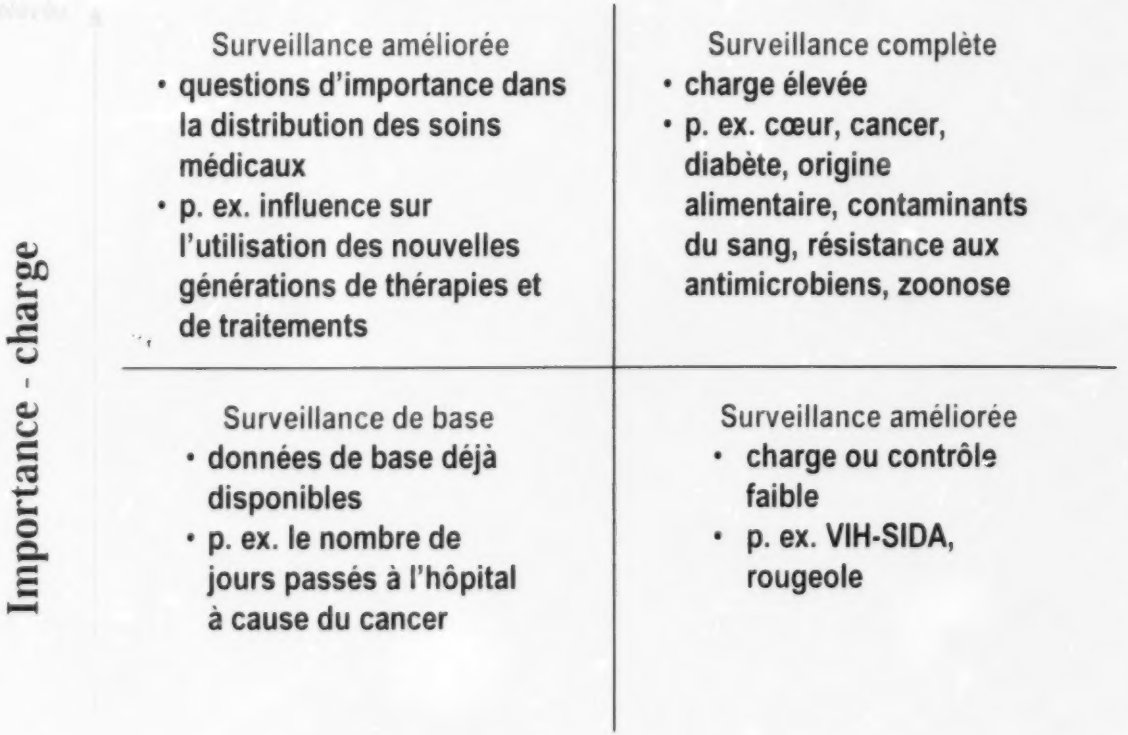
# *Avancer vers l'avenir*



# *Priorités suggérées pour le mécanisme de consultation*

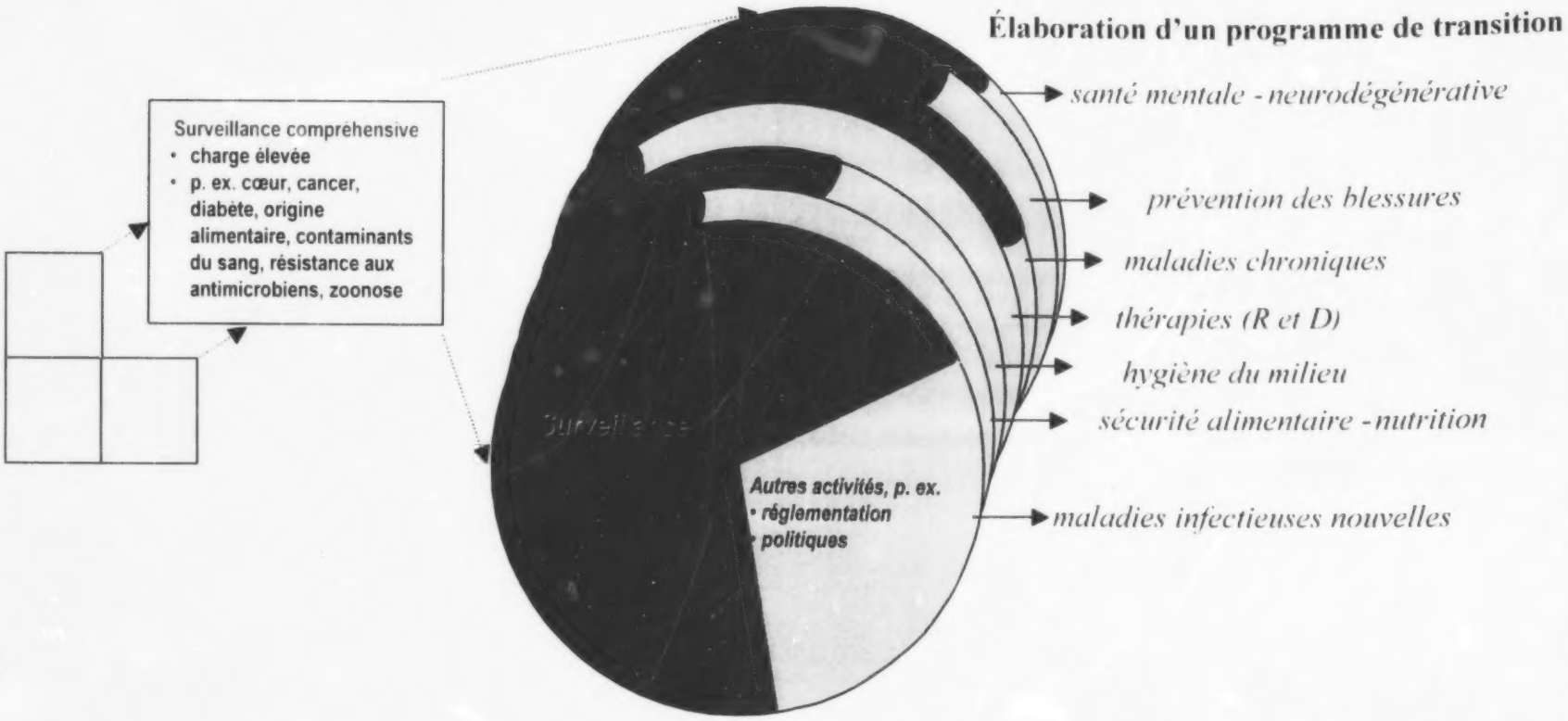
| | *Priorités* | *Collaborateurs* |
|---|---|---|
| **Maladies infectieuses** | – VIH-SIDA national<br>– Grippe pandémique<br>– Résistance aux antimicrobiens<br>– Sécurité alimentaire<br>– Sécurité du sang<br>– Terrorisme biologique | ICIS et Stat. Can.<br>F-P-T<br>OPS<br>CDC<br>ONG |
| **Maladies chroniques** | – Coalition contre le cancer<br>– Coalition cardiovasculaire<br>– Coalition contre le diabète<br>– Coalition contre l'asthme<br>– Coalition contre l'arthrite | ICIS et Stat. Can.<br>F-P-T<br>OPS<br>CDC<br>ONG |
| **Questions de portée générale** | – Santé des femmes<br>– Particulière à l'âge<br>– Cigarette<br>– Culture<br>– Comportement à risque<br>– Obésité | ICIS et Stat. Can.<br>F-P-T<br>OPS<br>CDC<br>ONG |

# *Priorités suggérées pour des consultations plus poussées*




**Influence du LLCM sur les résultats**

# *Avancer vers l'avenir*



# *Consultations internationales*

## International Advisory Committee Members

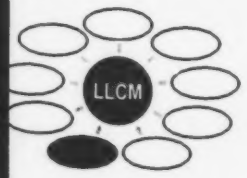
| | |
|---|---|
| Harrison C. Spencer | School of Hygiene & Tropical Medicine: London, England |
| Dr. Lindsay Martinez | Director, Communicable Disease Surveillance & Response WHO |
| Dr. Dara Murphy | Director, National Centre for Chronic Disease Prevention CDC |
| Dr. Christopher Murray | Centre for Population & Development Studies Harvard |
| Dr. William G. Weissert | Chair, Department of Management & Policy, School of Public Health |
| Dr. Johan Giesecke | Director, Department of Epidemiology, Swedish Institute of Infectious Disease Control |
| Dr. Stephen Corber | Director, Pan American Health Organization |
| Ms. Liz Furler | First Assistant Secretary Population Health Division Australia |
| Dr. James M. Hughes | Director, National Centre for Infectious Disease Control CDC |
| Dr. Chris Bartlett | Director, Communicable Disease Surveillance Centre: London, England |

## Membres du Comité consultatif international

| | |
|---|---|
| M. Harrison C. Spencer | School of Hygiene & Tropical Medicine : Londres, Angleterre |
| D[re] Lindsay Martinez | Directrice, Communicable Disease Surveillance & Response : OMS |
| D[re] Dara Murphy | Directrice, National Centre for Chronic Disease Prevention : CDC |
| D[r] Christopher Murray | Centre for Population & Development Studies : Harvard |
| D[r] William G. Weissert | Président, Department of Management & Policy, School of Public Health |
| D[r] Johan Giesecke | Directeur, Department of Epidemiology, Swedish Institute of Infectious Disease Control |
| D[r] Stephen Corber | Directeur, Organisation panaméricaine de la santé |
| M[me] Liz Furler | Première assistante secrétaire, Population Health Division : Australie |
| D[r] James M. Hughes | Directeur, National Centre for Infectious Disease Control : CDC |
| D[r] Chris Bartlett | Directeur, Communicable Disease Surveillance Centre : Londres, Angleterre |

# Et après?

# *Centre d'attention futur : la surveillance par le LLCM*




| | DE BASE | AMÉLIORÉ | COMPLET |
|---|---|---|---|
| Cardiovasculaire | | | |
| Musculo-squelettique | | | |
| Blessures | | | |
| Cancer | | | |
| Respiratoire | | | |
| Système nerveux - sens | | | |
| Maladies mentales | | | |
| Digestif | | | |
| Endocrinien | | | |
| Génito-urinaire | | | |
| Infectieux - parasite | | | |
| Cutané et connexe | | | |
| Conditions périnatales | | | |
| Malformations congénitales | | | |
| Maladies du sang | | | |
| Autres (p. ex. : prion, etc.) | | | |

# *Et après?*

| État actuel des choses | Ce que nous proposons... |
|---|---|
| • plusieurs programmes (comme la DGPPS) n'utilisent pas les données de la surveillance | • l'utilisation des données de la surveillance est essentielle pour l'initiation et l'évaluation des programmes |
| • des activités de surveillance indépendantes, dont le budget et l'administration sont aussi indépendants | • un cadre de gestion intégré |
| • le centre d'intérêt de la surveillance penche vers les maladies infectieuses | • le rééquilibrage de l'importance des maladies chroniques |
| • un cadre redditionnel incomplet centré sur la gestion sans aucun mécanisme des risques | • un cadre redditionnel méthodique dans un mécanisme de gestion des risques |
| • un budget temporarisé (de 46 à 36 millions de dollars) | • un financement stable à long terme |
| • Les laboratoires de Winnipeg<br>  • *le transfert et la mise en place*<br>  • *une réduction de 2 millions de dollars de financement pour l'année financière 1998-1999* | • une intégration plus cohérente des laboratoires et de l'épidémiologie |
| • un cadre de partenariat vaste mais fragmenté | • une gestion de partenariat méthodique |
| • l'importance est sur le processus et non sur les résultats dans la santé publique | • l'importance centrée sur les résultats dans la santé publique |
| • aucun plan d'entreprise, aucune stratégie de surveillance à long terme | • des stratégies pour les maladies chroniques et infectieuses |

# *Centre d'attention futur : le budget du LLCM*

## AF 1999-2000 ⟹ AF 2004-2005

Autres : 8 %

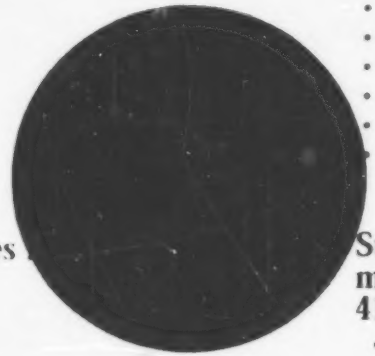
**Maladies chroniques : 21 %**

- *Cancer*
- *Cardio-vasculaires*
- *Diabète*
- *Infantiles et liées à la reproduction*

**Maladies infectieuses : 71 %**

- *VIH-SIDA*
- *Hématogènes*
- *D'origine alimentaire*
- *Nosocomiales*
- *MTS, tuberculose*
- *Resistance aux antimicrobiens*

Autres : 8 %



**Stratégie pour les maladies infectieuses : 51 %**

- *VIH-SIDA national*
- *Grippe pandémique*
- *Résistance aux antimicrobiens*
- *Sécurité alimentaire*
- *Sécurité du sang*
- *Terrorisme biologique*
- *Coordination et planification d'intervention d'urgence*
- *Activités liées à la mise en quarantaine*
- *Epidémiologie sur le terrain*
- *Biosécurité*

**Question de portée générale**

- *Santé des femmes*
- *Particulière à l'âge*
- *Cigarette*
- *Culture*
- *Comportement à risque*
- *Obésité*

**Stratégie pour les maladies chroniques : 41%**

- *Coalition pour la surveillance du cancer*
- *Coalition pour les maladies cardio-vasculaires*
- *Coalition pour le diabète*
- *Coalition pour l'asthme*
- *Coalition pour l'arthrite*

Health Canada Santé Canada

**Annexe J**

*Conseil consultatif des sciences*

# Ian Shugart, SMA invité
# Transition à la DGPS

le 19 mai 1999

# QUE CHERCHONS-NOUS À FAIRE?

- améliorer le processus – surtout le principe de précaution; l ’information; la participation du public
- améliorer l’utilisation du processus
- voir à ce qu’il se reflète dans la législation
- mieux diffuser le processus
- rechercher des processus compatibles avec les partenaires – p. ex. provinces; ACIAA : Environnement Canada

# QUELS MOYENS UTILISONS-NOUS?

- raffinement, réarticulation du cadre de gestion des risques
- travail intensif avec les employés – à l'aide de prions, du criblage de migrants comme « études de cas »
- lien direct avec le renouveau législatif (tel que discuté hier)
- discussion de travail – prise de décision concernant les risques comme élément principal; ajouter la science, la surveillance et les programmes au contexte
- exercice à l'échelle du gouvernement sur la gestion des risques; rapports aux sous-ministres

# LES DÉCISIONS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES DOIVENT REFLÉTER LES PRINCIPES SUIVANTS :

## SANTÉ CANADA :

- NE doit pas attendre d 'avoir une certitude scientifique avant de prendre des mesures pour réduire les risques
- doit toujours agir indépendamment des organisations réglementées
- NE doit pas déléguer des tâches, ni se fier sur la prise de décision par consensus plutôt que sur un jugement indépendant
- NE doit pas se fier uniquement sur les fabricants pour obtenir de l'information, etc. il doit avoir accès à de l'information scientifique et des conseils indépendants
- NE doit pas assumer un rôle passif ou d'adaptation ou se fier sur la conformité volontaire pour protéger les Canadiens

# LE PROCESSUS DE GESTION DES RISQUES EXIGE :

- des énoncés clairs sur l'imputabilité et une vision claire
- une capacité accrue en matière de communication et de participation du public
- une discipline quant au respect du processus et à la consignation des décisions et des motifs

# QUELLE EST LA RELATION ENTRE LA PRISE DE DÉCISIONS CONCERNANT LES RISQUES ET L'ÉLABORATION DE NOTRE PROGRAMME?

Krever souligne : « Pour qu'un organisme de réglementation puisse assumer son rôle adéquatement, il doit en tout premier lieu disposer des ressources suffisantes. »

- L'élaboration de programmes concerne un *fondement rationnel de conception* et l'adaptation de programmes, et *un investissement centré sur la capacité du programme*
- notre modèle de programme et le cadre de gestion des risques cherchent à fonder les décisions et les activités sur des preuves

# QUELLE EST LA RELATION ENTRE LA PRISE DE DÉCISIONS CONCERNANT LES RISQUES ET L'ÉLABORATION DE NOTRE PROGRAMME?

- Une capacité appropriée est nécessaire quant à :
  - la base des connaissances pour déterminer les problèmes réels et potentiels (surveillance et recherche)
  - la base scientifique pour évaluer les risques (surveillance et recherche)
  - l'utilisation des connaissances pour prendre des décisions éclairées (politique)
  - la mise en œuvre de décisions en prenant les mesures appropriées (interventions)
  - l'évaluation, si possible, des conséquences des mesures prises (résultats)

# L'UTILISATION EN EUROPE DU PRINCIPE DE PRÉCAUTION :

1. Commencer par une évaluation objective du risque déterminant le degré de … certitude à chaque étape
2. Les intervenants clés devraient participer à la décision d'étudier les … options une fois les résultats de l'évaluation du risque disponibles … aussi transparents que possible
3. Les mesures doivent inclure l'évaluation des avantages et des désavantages… réduire le risque à un niveau acceptable pour tous les intervenants

# L'UTILISATION EN EUROPE DU PRINCIPE DE PRÉCAUTION :

4. Les mesures doivent établir qui est responsable de fournir les preuves scientifiques requises pour effectuer une évaluation complète du risque

5. Les mesures doivent toujours être de nature provisoire, en attente… des résultats d'autres évaluations du risque

6. Les mesures… doivent être proportionnée au risque qui doit être limité ou éliminé

# NOTIONS GÉNÉRALES CONCERNANT LE PRINCIPE DE PRÉCAUTION :

- n'est pas équivalent à la gestion des risques, mais est compatible avec
- n'est pas équivalent au devoir de prudence, mais y est intimement lié et, souvent, y est complémentaire
- ne remplace pas les preuves, mais requiert des motifs raisonnables afin d'être « activité »
- confère une plus grande importance à la fonction de prise de décision qu'à celle d'évaluation
- peut avoir des conséquences à plusieurs niveaux (pensez au retrait d'un produit ou à des mesures prises pour contrer les changements climatiques)
- aucune définition internationale clairement définie, mais un consensus est suffisamment établi pour qu'il soit réel

# CERTAINES DÉFINITIONS

## LA DÉCLARATION DE RIO (1992) :

« Pour protéger l'environnement, des ***mesures*** de précaution doivent être largement appliquées par les États selon leurs capacités. En cas de risque de dommages ***graves ou irréversibles***, l'absence de certitude scientifique absolue ne doit pas servir de prétexte pour *remettre à plus tard* l'adoption de **mesures effectives** visant à prévenir la dégradation de l'environnement. »

# CERTAINES DÉFINITIONS

DÉCISION DE LA COUR EUROPÉENNE DE JUSTICE CONCERNANT L'INTERDICTION DE VENTE DE BŒUF EN PROVENANCE DU ROYAUME-UNI (ESB) :

« Lorsqu'il y a une incertitude quant à ***l'existence ou l'ampleur*** des risques pour la santé humaine, la Commission peut prendre des mesures de protection avant que ces risques ***ne se concrétisent***. » (traduction)

# CERTAINES DÉFINITIONS

COMMISSION KREVER :

« …il ne faut pas attendre d'avoir une certitude scientifique de ***réduire*** les risques avant d'agir. Au moment où il existait une ***preuve raisonnable*** que des maladies infectieuses graves pouvaient être transmises par le sang, …se sont abstenus de prendre des mesures ***préventives essentielles*** en attendant que le ***rapport de cause à effet*** ait été scientifiquement et incontestablement établi. »

# CERTAINES DÉFINITIONS

## CADRE DE CONSERVATION DU CONSEIL POUR LA CONSERVATION DES RESSOURCES HALIEUTIQUES (1997) :

« [le Conseil] encourage les approches ***prudentes*** en matière de conservation des pêches et il est d'avis qu'il ne devrait pas être nécessaire d'attendre les ***résultats finals de l'analyse scientifique*** avant de prendre des mesures de conservation. Suffit de dire, ***compte tenu des*** preuves recueillies, que la prise de mesures ***est une décision sensée*** »

# CONSÉQUENCES POUR LE GOUVERNEMENT

1. Le principe de précaution impose un rendement minimal
2. Il sous-entend la capacité d'agir
3. Il sous-entend l'obligation d'évaluer la capacité d'agir
4. Il peut nécessiter l'affectation de ressources
5. Il exige qu'une attention particulière soit portée au processus de prise de décision
6. L'évaluation scientifique et la prise de décision ne prennent pas fin après la prise de mesures préventives